

TRAITEMENT DES GRANDES HÉMORRAGIES GASTRODUODÉNALES

Travail du Service de M. le Professeur Agrégé DESJACQUES
(Hôpital Edouard-Herriot)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 28 Juin 1954

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marcel CHOVET

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 4 Août 1929, à LYON (Rhône)



LYON

BOSC Frères

Imprimeurs-Editeurs

42, quai Gailleton, 42

1954

TRAITEMENT DES GRANDES HEMORRAGIES
GASTRO-DUODENALES

TRAITEMENT DES GRANDES HÉMORRAGIES GASTRO-DUODÉNALES

Travail du Service de M. le Professeur Agrégé DESJACQUES
(Hôpital Edouard-Herriot)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 28 Juin 1954

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marcel CHOVET

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 4 Août 1929, à LYON (Rhône)



LYON

BOSC Frères

Imprimeurs-Editeurs

42, quai Gailleton, 42

—
1954

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire
Doyen.
Assesseur.

M. J. LEPINE.
M. HERMANN.
M. GATE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. NICOLAS, COLLET, CLUZET, BERARD, GUIART.
PIERY, CADE, PATEL, FAYRE, LEPINE, SAVY, TRILLAT, LERICHE, MOURIQUAND

PROFESSEURS

Clinique médicale A
Clinique médicale B
Clinique chirurgicale A
Clinique chirurgicale B
Clinique médicale infantile et hygiène du 1^{er} âge
Clinique ophtalmologique
Clinique d'oto-rhino-laryngologie
Clinique urologique
Clinique et prophylaxie de la tuberculose
Clinique dermatologique et syphiligraphique
Clinique neuro-psychiatrique et Hygiène mentale
Clinique des maladies infectieuses et bactériologie
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
Clinique gynécologique
Clinique obstétricale
Clinique stomatologique
Histologie.
Pharmacie et Pharmacologie
Botanique et Cryptogamie
Physiologie.
Anatomie pathologique
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie
Médecine du travail
Parasitologie et Pathologie exotique
Thérapeutique chirurgicale et Chirurgie opératoire
Chimie organique et Toxicologie
Pathologie générale et expérimentale
Hydrologie thérapeutique et Climatologie
Anatomie.
Pathologie interne
Chimie biologique et médicale
Pathologie chirurgicale
Biologie médicale
Pharmacie galénique.
Médecine légale et Déontologie
Thérapeutique.
Hygiène.
Propédeutique chirurgicale

MM. FROMENT
P. RAVAUULT
SANTY.
WERTHEIMER.
BERNHEIM.
BONNET.
REBATTU.
CIBERT.
DUFOURT.
GATE.
DECHAUME.
SEDALLIAN.
GUILLEMINET.
POLLOSSON.
PIGEAUD.
DUCLOS.
NOEL
LEULIER.
NETIEN.
HERMANN.
MARTIN J.-F.
PONTIUS.
(détaché à Beyrouth)
MAZEL.
GARIN.
ROCHET.
CHAMBON.
JOSSEAND.
DELORE.
GABRIELLE.
CROIZAT.
ENSELME.
MALLET-GUY.
JOURDAN.
REVOL.
BOURRET.
LEVRAI.
SCHIER.
BERTRAND.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Obstétrique..... M. BANSSILLON.

Pharmacie et Pharmacologie DREVEN.

Chimie organique et Toxicologie BADINAND

MAITRES DE CONFERENCES — AGREGES

Physique biologique BERGER.
Parasitologie COUDERT.
Physiologie CHATONNET.
Physiologie CIER.

Parasitologie..... ROMAN.
Histologie TUSQUES.
Chimie biologique R. CREYSSEL.
Bactériologie BERTOYE.

AGREGES EN EXERCICE

MM.

Pathologie médicale BRUN.
Pathologie médicale M. GIRARD.
Pathologie médicale P. GIRARD.
Pathologie médicale JEUNE.
Pathologie médicale VACHON.
Pathologie médicale GALY.
Pathologie médicale GONIN.
Pathologie chirurgicale BERARD.
Pathologie chirurgicale DARGENT.
Pathologie chirurgicale DESJACQUES.
Pathologie chirurgicale LABRY.
Pathologie chirurgicale MANSUY.
Pathologie chirurgicale TRILLAT.
Pathologie chirurgicale GUILLET.
Obstétrique BROCHIER.

MM.

Obstétrique MAGNIN.
Obstétrique MATHIEU.
Anatomie pathologique .. GUICHARD.
Orthopédie MARION.
Anatomie LATARJET.
Neuro-chirurgie LECUIRE.
Oto-rhino-laryngologie ... MAYOUX.
Ophtalmologie PAUFIXE.
Urologie PERRIN.
Dermato-syphiligraphie ... THIERS.
Médecine légale et Médecine du Travail ROCHE.

CHARGES DES FONCTIONS D'AGREGE

Hygiène BENAZET.

EXAMINATEURS DE LA THESE

Président : M. PATEL ; *Assesseurs* : MM. DESJACQUES,
DARGENT et GUILLET.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA FEMME

En gage de tendre affection.

A MES PARENTS

En témoignage de filiale reconnaissance.

A MON PARRAIN ET A MA TANTE

MONSIEUR ET MADAME COMBET

En faible expression de mon éternelle gratitude.

A MA TANTE, MADEMOISELLE DRESSY

A TOUTE MA FAMILLE ET MA BELLE-FAMILLE

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURICE PATEL

Commandeur de la Légion d'Honneur

Professeur de Clinique Chirurgicale

Chirurgien des Hôpitaux de Lyon

Nous lui adressons l'expression de
notre vive reconnaissance pour l'hon-
neur qu'il nous fait en acceptant la
présidence de notre thèse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DESJACQUES

Tout au long de nos études, il a toujours été pour nous un Maître bienveillant, nous aidant à chaque instant, sans relache, de sa lumineuse expérience.

Il nous a inspiré cette thèse, nous faisant généreusement profiter de ses conseils.

Il sera en toute occasion pour nous l'exemple à suivre.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DARGENT

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GUILLET

En respectueux hommage.

A TOUS NOS MAITRES
DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

A MONSIEUR LE MÉDECIN-GÉNÉRAL CHAVIALLE
*Directeur de l'Ecole du Service de Santé Militaire et
de l'Ecole Militaire d'Instruction Desgenettes.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN-COMMANDANT MOLLINGER

Avec l'expression de notre respec-
tueuse amitié.

A MONSIEUR LE MÉDECIN-COMMANDANT BELZ

Ophtalmologiste des Hôpitaux Militaires.

*Chef du Service ophtalmologique
à l'Hôpital Militaire d'Instruction Desgenettes
et du Sanatorium Oculaire de Briançon.*

Nous le remercions de l'intérêt qu'il
nous a porté pendant le stage si ins-
tructif que nous avons effectué dans
son service.

A MONSIEUR LE MÉDECIN-CAPITAINE THALABARD

Assistant des Hôpitaux Militaires

Son aide bienveillante et de tous les
instants nous fut d'un grand secours ;
qu'il trouve ici l'expression de notre
gratitude.

A MES COMMANDANTS DE COMPAGNIE

A L'ECOLE DU SERVICE DE SANTE MILITAIRE

MONSIEUR LE MÉDECIN-COMMANDANT LEVEQUE

MONSIEUR LE PHARMACIEN-CAPITAINE CIER

MONSIEUR LE MÉDECIN-CAPITAINE MERZ

MONSIEUR LE MÉDECIN-CAPITAINE REBOUL

A MES COMPAGNONS DE ROUTE SUCCESSIFS :

MESSIEURS GEORGES BERNARD,
JEAN-CLAUDE DAUDEL,
PIERRE DESBORDES,
RENÉ VOTTERO.

AVANT-PROPOS

En général, une hémorragie gastro-duodénale est provoquée par un ulcère de l'estomac ou du duodénum. La conduite à tenir devant un malade qui présente une telle hémorragie reste un problème discuté.

Beaucoup pensent que le traitement médical sera suivi d'une amélioration progressive du sujet. Quand l'hémorragie est enfin arrêtée, on peut étudier plus complètement le malade au point de vue radiographique et au point de vue de la résistance générale, et ainsi décider une opération chirurgicale en mettant de son côté toutes les chances de succès.

D'autres observent qu'une hémorragie gastrique importante peut continuer à évoluer défavorablement malgré le traitement médical ; on voit alors le malade mourir en 4 ou 5 jours et on regrette de n'avoir pas mis en œuvre un traitement chirurgical réalisant l'hémostase.

Notre Maître, le Professeur agrégé Desjacques pense que souvent une intervention chirurgicale est à réaliser en présence d'une hémorragie gastro-duodénale importante. Depuis 1941, 50 interventions ont été pratiquées. Nous apportons les constatations faites au cours de ces laparotomies, et les résultats obtenus. Nous pensons que les malades guéris par l'intervention avaient toute probabilité d'évoluer vers une issue fatale si on les avait laissés au traitement médical classique. Nous croyons, d'autre part, que les malades qui n'ont pu être sauvés seraient probablement morts si l'on n'était pas intervenu.

Nous nous excusons de la sécheresse de certaines observations : elles ont souvent été prises rapidement au lit d'un malade très fatigué pendant la préparation à l'opération d'urgence.

HISTORIQUE

L'exposé des travaux intéressant les grandes hémorragies gastro-duodénales serait à la fois un débat sans fin et sans intérêt primordial. En effet, depuis la première intervention en période d'hémorragie de von Eiselsberg, en 1880, une multitude de théories thérapeutiques s'affrontèrent, tant dans la prime jeunesse, que dans l'adolescence de la chirurgie moderne. Dans la longue suite des travaux versés au débat, que l'on parcourt dans l'espoir de trouver une ligne de conduite précise, on retrouve toujours l'opposition entre ce qu'il convient d'appeler avec Bertrand et Creyssel les abstentionnistes et les interventionnistes systématiques, bien que les adeptes de l'un ou l'autre de ces « clans » se rangent en masse à l'heure actuelle sous l'étendard des opportunistes.

En effet, si Bouveret ne croyait pas à l'hémostase chirurgicale, Dieulafoy la réclamait, malgré l'avis de la majorité des maîtres de son époque. L'année 1933, qui vit le Congrès Français de Chirurgie consacrer sa 42^e session à l'étude de cette importante question, classifia un peu le problème à la suite des travaux de Tixier et Clavel, Papin et Willmoth et bien d'autres encore. Les critères de la nécessité de l'intervention étaient formels à cette époque : le diagnostic d'ulcère devait être certain et l'hémorragie abondante et répétée. A cette opinion, se rallient Sénèque et Dubost.

La période d'après-guerre semble être le 3^e stade de cette évolution : successivement Ameline et Gibert, Desjacques et Collenet, Dargent conseillent d'étendre les indications opératoires, de même que l'Ecole Nancéenne avec Heully, Lochard et Kalk. A l'étranger, les avis sont encore très

partagés : si Ogilvie, Cardoe et Bentley proposent une intervention systématique chaque fois que le traitement médical est tenu en échec, Le Veen, Mulder, Prokop affirment que seule l'hémostase chirurgicale rapide arrête une hémorragie gastroduodénale si elle est de quelque importance.

La floraison d'avis contraires se retrouve pour la radiographie d'urgence : Delannoy en France, Zamcheck, Chalmers, Ritvo, et Osborne en Amérique du Nord, proposent cet examen de façon systématique, insistant sur la fréquence de sa valeur (80 % pour Delannoy) et sur son absolue bénignité. Par contre, Heully, Lochard et Kalck mettent en doute, dans leurs statistiques, et sa valeur et sa bénignité.

De toutes ces publications, il ressort que l'intervention d'urgence semble le plus souvent indiquée et que l'absence est, dans le plus grand nombre des cas, néfaste (Heully, Lochard et Kalck : 5 abstentions, 5 morts).

II

ETUDE CLINIQUE

Nous ne ferons que rappeler les principaux degrés d'hémorragies gastro-duodénales dues à l'ulcère :

a) *L'hémorragie minime*, le plus souvent un melæna, avec selles marc de café, rarement annoncée par une crise lipothymique.

b) *L'hémorragie de moyenne importance*, melæna le plus souvent, accompagné ou non d'une hématomèse, qui peut être unique ou se répéter, affolant le malade et l'entourage. Dans ces cas, si l'accident est signé par des stigmates hématologiques, la tension artérielle par contre ne subit que de minimales variations.

c) *La grande hémorragie gastrique*, dépassant 300 cc., pouvant aller, comme dans beaucoup de nos observations, jusqu'à un litre et plus dans les 24 heures, avec son cortège de signes : hypotension brusque, choc, effondrement de la numération globulaire, soif ardente, souvent psychisme confus.

Dans ces cas l'ulcère peut être connu et la décision thérapeutique devient facile. Mais beaucoup plus souvent qu'il n'est classique de le dire, l'hémorragie est le premier symptôme de la maladie : 7 de nos 38 malades ayant subi une intervention précoce n'avaient aucun passé digestif (Obs. 1, 3, 6, 7, 21, 22, 25) et perdirent plus de 500 cc. de sang à leur première hémorragie ; or dans 3 cas (O. 6,7,26) c'est l'artère coronaire stomacale elle-même qui était érodée.

La décision thérapeutique, étant donné l'absence d'an-

técédents, était donc bien délicate à formuler : l'emploi dans cette éventualité de la radiographie gastrique serait peut-être indiqué.

L'hémorragie gastrique peut avoir deux évolutions :

1. — *Favorable* : avec un traitement médical, quelquefois même entièrement abandonnée à elle-même, et c'est le principal argument des abstentionnistes.

2. — *Défavorable* : ce qui est malheureusement trop souvent le cas, comme le prouvent, par exemple, les observations suivantes, qui représentent une évolution fréquente.

Observation MM. Patel et Desjacques (Société de chirurgie de Lyon, 1933).

Hématémèses mortelles chez un homme de 22 ans.

Ulcère aigu de la petite courbure. Erosion d'une branche de la coronaire stomachique.

Homme de 22 ans, vigoureux, gardien de la paix. Souffre de l'estomac depuis quelque temps. Cet homme présenta le 1-1-33, une hématémèse importante mais qui ne l'avait pas anémié profondément. Le diagnostic d'ulcère avait été posé médicalement et le malade devait être opéré. Pendant la nuit du 6 au 7 janvier, une nouvelle hématémèse extrêmement abondante survient ; anémie intense, pouls presque incompressible, tension artérielle 5, minima non perceptible. Le malade est transporté à l'infirmerie de Porte et il meurt dix minutes après une tentative opératoire désespérée (jéjunostomie, Docteur Bertrand).

Autopsie : l'estomac, le grêle, et le colon transverse sont remplis de sang, foie pâle, rate normale. L'estomac est entièrement mobile, la petite courbure en particulier ne présente aucune adhérence. Une zone froncée, blanche, non indurée, des dimensions d'une pièce de cinq francs, attire l'attention sur le milieu de la petite courbure. Rien d'anormal sur le duodénum, le pylore et l'œsophage.

L'estomac ouvert montre sur la petite courbure un ulcère

d'environ 20 sur 15 mm. ovalaire aux bords taillés à pic et relativement souples. Au fond de l'ulcus, une saillie en cul de poule indique une érosion artérielle. La dissection après injection a montré qu'il s'agissait d'une des grosses branches de la coronaire stomacique.

J... Marie, 75 ans, entrée le 23 mars 1954. Décès le 5 avril 1954.

Hématémèse par ulcère de la petite courbure. Traitement médical.

Entrée dans le service le 23 mars 1954, cette malade est envoyée par le docteur Laurent pour sténose médiogastrique par ulcère.

Pas d'antécédents digestifs jusqu'en 1939 où se produit une hématémèse de survenue brusque, suivie d'une période de douleurs ulcéreuses nettes. Depuis 1953 : amaigrissement de 4 kgs, anorexie, asthénie, constipation, douleurs plus violentes, mais facilement calmées, moins périodiques, vomissements glaireux presque quotidiens.

A l'examen. Un point douloureux épigastrique. Tension artérielle : 13/7. Le 24 mars 1954 : radio gastrique : on découvre une niche de la petite courbure verticale avec incisure spasmodique. Pendant la préparation médicale de cette malade à l'intervention, il se produit une grande hématémèse d'un litre environ, qui se répète le lendemain. Sous l'effet du traitement médical (3 flacons de sang en 36 heures, 3 flacons de plasma) l'état de la malade s'améliore mais reste ce qu'il était avant l'hématémèse, voisin de la cachexie. Le 5 avril 1954 : récurrence de l'hématémèse malgré le traitement médical (coagulants, sérums). Décès à 14 heures.

Vérification le 6 avril 1954 : A l'ouverture de l'abdomen, anses pleines de sang, sténose médio-gastrique au contact de l'ulcère avec poche supérieure dilatée, pleine de liquide grisâtre, non hémorragique.

A l'ouverture de l'estomac :

- 1° Ulcère perforé bouché par le petit épiploon.
- 2° Il existe un deuxième ulcère, plus bas sur la petite courbure, qui semble avoir saigné aussi.
- 3° Sténose pylorique n'admettant que le petit doigt.

Le mécanisme de ce choc mortel nous est expliqué par les physiopathologistes comme étant le plus souvent dû à une anoxémie tissulaire, compliquée d'une perte protéique et une chute du matériel globulaire. Or la thérapeutique moderne possède les moyens de lutter contre ces accidents et devrait en venir à bout, ce qui, souvent, n'est malheureusement pas le cas.

Le Veen, Mulder, Prokop, cités plus haut, versent au débat une explication qui nous semble séduisante :

« Même en cas de remplacement de l'hémorragie par des quantités équivalentes de sang, et malgré toute thérapeutique appropriée, un choc important se développe. Ils pensent qu'un mécanisme électif le développe et croient le découvrir en montrant expérimentalement que le saignement de l'artère gastroduodénale entraîne une chute considérable du débit de l'artère hépatique, beaucoup plus importante qu'en cas d'hémorragie d'une artère périphérique. L'anoxie hépatique qui en résulte, anoxie qui est aggravée par le fait que la veine porte elle-même apporte un sang appauvri en oxygène, serait un facteur important. Les auteurs concluent que le seul traitement des hémorragies massives des ulcères est chirurgical, l'hémostase pouvant seule empêcher cette chute du débit hépatique. »

C'est à la suite de la première des deux observations citées ci-dessus que notre maître Desjacques pensa qu'une intervention d'hémostase était à réaliser plus souvent qu'on le faisait autrefois, les opérations gastriques, grâce aux progrès successifs réalisés par la chirurgie moderne, devenant de moins en moins graves.

C'est ainsi que nous pouvons rapporter 50 observations où 38 interventions d'urgence ou précoces furent pratiquées ; mais l'intervention immédiate n'a pas été systématique puisque dans 12 cas on ne réalisa l'intervention qu'après plusieurs jours, voire plusieurs semaines, après hémostase par le traitement médical.

III

OBSERVATIONS

Les observations sont classées d'après la date de l'opération par rapport à l'apparition des accidents hémorragiques en interventions précoces et interventions retardées.

A. — Interventions précoces

Il s'agit d'opérations en urgence vraie, ou réalisées peu de temps après les hémorragies.

1. — Ligature des vaisseaux à distance et gastroentéro-anastomose :
2 cas, 1 guérison, 1 mort. — Observations 1, 2.
2. — Résection de l'ulcère, et gastroentéroanastomose :
1 cas, 1 mort. — Observation 3.
3. — Gastrotomie et ligature directe des vaisseaux :
1 cas, 1 mort. — Observation 4.
4. — Gastrectomie Kocher-Santy :
3 cas, 1 guérison, 2 morts. — Observations 5, 6, 7.
5. — Gastrectomie Billroth II :
31 cas, 20 guérisons, 11 morts. — Observations 8 à 38.

OBS. 1.

P... Yvonne, 33 ans. Entrée le 15 octobre 1941. Guérison.

Hémorragies gastro-intestinales par ulcus duodénal. Le 15 octobre 1941, ligature des vaisseaux et gastro-entéro-anastomose.

Le 9 octobre 1941, hématomèse d'un bol de sang rouge et melæna.

Le 13 octobre, melæna.

Ce jour-là, *radiographie gastrique* : très grosse niche dans un bulbe duodénal en trèfle.

Le 15 octobre, tension artérielle : 11, 5/6. Hémogramme : 2.600.000 globules rouges.

Intervention le 15 octobre 1941, Docteurs Desjacques et Béraud.

Anesthésie générale.

Ulcère duodénal un peu induré avec intense inflammation du duodénum qui est très vascularisé et rouge ; l'ulcère est à un centimètre du pylore. Ligature des vaisseaux le long du bord inférieur et du bord supérieur, assez difficile car tout saigne beaucoup.

Enfouissement soigneux. Gastro-entéro-anastomose postérieure.

Fermeture.

Suites simples.

OBS. 2.

P... Louis, 41 ans. Entré le 6 août 1942. Décès le 1^{er} jour.

Hémorragie gastrique et intestinale par ulcère de la petite courbure. Le 6 août 1942 : ligature des quatre pédicules gastriques. Gastro-entéro-anastomose.

Homme de 41 ans, souffrant depuis un mois de l'estomac, entré dans le service le 6 août 1942.

Hématémèse les 31 juillet, 3 août, 4 août.

Numération : 2 millions de globules rouges.

Intervention le 6 août 1942 : Drs Desjacques-Duroux.

Incision médiane ; intestin grêle plein de sang.

L'exploration de l'estomac paraît négative.

On lie les artères de l'estomac aux quatre points extrêmes.

Gastro-jéjunostomie au bouton de Jaboulay.

Durée de l'intervention : 20 minutes.

Suites : Mort le lendemain.

A l'autopsie : Ulcère du versant postérieur de la petite courbure juxta-cardiaque. Le fond adhère au pancréas où l'on trouve deux orifices béants de l'artère splénique, cathétérisable très facilement.

OBS. 3.

P... Raymond, 21 ans, entré le 12 mars 1942. Décès le 4^e jour.

Hémorragie gastrique par ulcus duodénal. Le 12 mars 1942 : résection de l'ulcère et Gastro-entéro-anastomose.

Homme de 21 ans, sans passé gastrique, entré le 12 mars 1942.

Melæna le 9 mars 1942, syncope le 15. Transfusion de 200 cc.

Le 12 mars : douleur sous-costale avec défense musculaire. Malade très anémique. Pouls petit, à 120 ; tension artérielle 9,5/6.

Intervention le 12 mars 1942 : Drs Desjacques-Jeanjean.

Anesthésie générale. Incision médiane.

Ulcère de la face antérieure du duodénum, près du bord inférieur, à 1 cm. 5 au delà du pylore. Intestin grêle plein de sang. Excision de l'ulcère.

Suture : gastro-entéro-anastomose postérieure transmésocolique au bouton de Jaboulay.

Examen de la pièce : Bel ulcère sans lumière vasculaire visible.

Suites. Décès le 16 mars 1942.

OBS. 4.

B... Benoîte, 72 ans, entrée le 7 avril 1943. Décès le 4^e jour.

Grosse hémorragie de la coronaire. Le 7 avril 1943 : Hémostase par Gastrotomie.

Femme de 72 ans, entrée dans le service le 7 avril 1943.

Il y a 15 jours, melæna abondant. Hématémèse de sang rouge les 31 mars, 3 avril, 4 avril, 7 avril.

Numération : 1.767.000 globules rouges.

Intervention : le 7 avril 1943 : Drs Desjacques-Mousselon : anesthésie locale ; incision médiane.

L'estomac est d'aspect normal sans aucune induration.

Gastrotomie haute : on trouve un petite ulcère de la partie haute de la petite courbure, à bords souples, non perceptible par l'extérieur ; en son centre, une belle lumière vasculaire unique.

Ligature par un point en U et par un fil sur l'artère.

Fermeture de la Gastrotomie.

Ligature de l'artère coronaire avant son arrivée à l'estomac et ligature de l'artère pylorique.

Le grêle est vide ; le gros intestin est plein de sang.

Suites : Déchéance progressive de l'état général.

Décès le 11 avril 1943.

OBS. 5.

C... Louis, 44 ans, entré le 3 octobre 1942. Guérison.

Hémorragies gastriques profuses par ulcère calleux de la face postérieure du duodénum. Le 3 octobre 1942 : Gastrectomie Kocher.

Homme de 44 ans, entré le 3 octobre 1942. Melæna depuis 6 jours. Tension : 7/4.

Intervention : le 3 octobre 1942 : Drs Desjacques-Collenet.

Anesthésie locale.

Ulcère calleux de la face supérieure du duodénum.

Gastrectomie de gauche à droite.

L'artère gastro-duodénale est trouvée ulcérée dans son segment rétroduodénal.

Anastomose suivant le procédé de Kocher au bouton de Villard.

Suites : Simples. Numération globulaire après l'opération : 2.600.000 globules rouges. Guérison en 15 jours.

OBS. 6.

B... Charles, 38 ans, entré le 30 mars 1943. Décès le 1^{er} jour.

Hématémèse grave par ulcus haut placé de la petite courbure. Le 30 mars 1943 : Gastrectomie Kocher.

Homme de 38 ans, éthylique, sans passé gastrique, entré le 30 mars 1943.

Grosse hématémèse le 28 (un litre) et le 29 mars. Malade très pâle.

Numération : 3.100.000 globules rouges.

Intervention. Le 30 mars 1943 : Drs Desjacques-Mousselon.
Gros ulcère de la partie haute de la petite courbure.
Gastrectomie par le procédé de Kocher au bouton de Villard.
Durée : 45 minutes.

Examen de la pièce : Bel ulcère avec un petit caillot ; quand on injecte l'artère coronaire, du liquide sort en plein centre de l'ulcère, où se troue une magnifique lumière vasculaire.
Suites : Décès le 31 mars.

A l'autopsie : les sutures ont bien tenu, pas d'autre ulcère.

OBS. 7.

S... Jean, 54 ans, entré le 4 janvier 1944. Décès le 8^e jour.

Hémorragie gastrique grave par ulcus de la petite courbure.
Le 4 janvier 1944 : gastrectomie Kocher.

Homme de 54 ans, sans passé gastrique, entré le 4 janvier 1944.

Hémorragie gastrique abondante la veille.

Numération : 1.780.000 globules rouges.

Intervention. Le 4 janvier 1944 : Drs Desjacques-Guigou.
Anesthésie générale.

Ulcère calleux de la partie moyenne de la petite courbure.
Gastrectomie par le procédé de Kocher au bouton.

Examen de la pièce : ulcère admettant le pouce avec une lumière vasculaire qui est l'artère coronaire.

Suites : simples d'abord ; le malade semble devoir guérir.

Le 11 janvier 1944, 7 jours après l'opération primitive, signes de perforation gastrique.

On réintervient d'urgence : le bouton est bien serré ; mais il s'est arraché de la paroi gastrique ; il ne tient plus qu'au duodénum.

La paroi gastrique présente un vaste orifice.

Ablation du bouton.

Enfouissement du duodénum.

Suture de l'orifice gastrique.

Gastro-entéro-anastomose antérieure au bouton.

Décès le 12 janvier 1944.

OBS. 8.

B... Amar, 30 ans, entré le 6 avril 1944. Décès le 27 avril 1944.

Hémorragie gastrique grave par ulcère pénétrant dans le pancréas. Le 6 avril 1944 : Gastrectomie Billroth II.

Envoyé d'urgence par le Pr Savy pour hémorragie gastrique. Ulcère connu cliniquement et radiologiquement depuis 4 ans.

Fait au pavillon N, le 1^{er} avril, une hématémèse très abondante.

Tension artérielle : 12/8.

Numération globulaire : 3.000.000 globules rouges.

Le 6 avril : nouvelle hématémèse.

Intervention : le 6 avril 1944 : Drs Desjacques-Guigou.

Anesthésie locale, puis générale. Enorme ulcère duodénal pénétrant dans le pancréas ; le duodénum est détruit dans la moitié de sa circonférence. A 2 centimètres au delà du pylore : le fond de l'ulcère représenté par la tête du pancréas est gros comme une pièce de 2 francs. On y voit 2 lumières vasculaires qui semblent bien être la gastro-duodénale ; le colon est plein de sang.

Duodéno-gastrectomie Billroth II. Gros Jaboulay. Un drain.

Suites : au 10^e jour : bronchite.

Quinzième et 16^e jours : congestion importante des 2 bases. Température à 39.

Le 20^e jour : matité de la base gauche.

Intervention le 26 avril : Drs Desjacques-Guigou.

Anesthésie locale. Pleurotomie. A la ponction : pus horriblement fétide. Examen du pus : pneumocoques ; protéus.

Décès le 27 avril 1944.

OBS. 9.

D... François, 59 ans, entré le 14 mars 1946. Guérison. ,

Hémorragie gastrique par ulcus du duodénum chez un malade gras. Le 16 mars 1946 : duodéno-gastrectomie Billroth II.

Ce malade souffre depuis 10 ans de douleurs épigastriques sans périodicités nettes, mais bien calmées par les alcalins ; une radio gastrique a montré une image de bulbe ulcéreux en trèfle. Depuis 2 jours a présenté une hématémèse de un verre suivi de mélaena important. Le Dr Croizat a prescrit 300 cc. de sang, puis l'adresse au pavillon du Dr Desjacques.

Intervention le 16 mars : Drs Desjacques-Girard-Madoux.

Anesthésie locale ; rachi-anesthésie, puis anesthésie générale au moment de la fermeture pariétale.

Malade indocile, très gros, qui rend l'opération on ne peut plus difficile.

Ulcère très profond à 3 cm. au delà du pylore, gros et rétractile, le long du bord supérieur, avec sclérolipomatose du pédicule hépatique.

Duodéno-gastrectomie Billroth II. Un drain. Durée : 70 minutes.

Examen de la pièce : gros ulcère à fond verdâtre.

Suites : simples.

OBS. 10.

V... Félix, 46 ans, entré le 12 septembre 1947. Décès le même jour.

Grande hémorragie gastrique par ulcère du duodénum. Le 12 septembre 1947 : duodéno-gastrectomie Billroth II.

Ulcéreux connu depuis 13 ans, à syndrome typique, qui a présenté, depuis le 9 septembre 1947, un melæna constant.

Le 12 au matin, grande hématomatose dramatique avec syncope.

Examen : malade à l'état général mauvais, pâle.

Pouls à 95.

Tension artérielle : 11/5.

Numération globulaire : 1.700.000 globules rouges.

Intervention : le 12 septembre 1947 : Drs Desjacques-Bouchard.

Anesthésie générale ; incision médiane. On ne trouve tout d'abord aucune trace d'ulcère : gastrectomie de principe.

La section du bord supérieur du duodénum découvre un ulcère sur la partie distale laissée en place. Cet ulcère est gros comme un petit pois. On l'excise. Gastrectomie Billroth II. Moyen Jaboulay. Un drain.

Durée : 55 minutes.

Examen de la pièce : on ne trouve pas de lumière vasculaire.

Suites : malgré transfusion et tonicardiaques, le malade meurt shocké dans la nuit.

OBS. 11.

S... Richard, 53 ans, entré le 14 mars 1950. Guérison.

Hémorragie gastrique profuse par ulcus pyloroduodénal. Le 14 mars 1950 : gastrectomie Billroth II.

Malade à passé ulcéreux net. qui est amené d'urgence du service du Dr Barbier où il était hospitalisé depuis 8 jours à la suite d'une hématomèse d'un litre, qui s'est répétée la nuit dernière.

Examen : malade pâle, au nez pincé.

Bonne tension artérielle cependant : 14/7,5.

Numération globulaire : 3.300.000 globules rouges.

Intervention le 14 mars 1950 : Drs Desjacques-Roche.

Anesthésie générale. Incision médiane. Gros ulcère calleux adhérent perforé, bouché par le pancréas. C'est un ulcus ayant envahi le pylore et la première partie du duodénum.

Duodéno-gastrectomie Billroth II. Moyen Villard. Fermeture totale.

Durée : 45 minutes.

Examen de la pièce : petit caillot déposé sur la tranche de section de l'artère coronaire stomachique.

Suites : simples.

OBS. 12.

Z... Larbi, 48 ans, entré le 28 avril 1952. Guérison.

Hémorragie gastrique par ulcus duodénal. Le 28 avril 1952 : Gastrectomie Billroth II.

Ce Nord-Africain, en France depuis 4 ans, s'est vu découvrir récemment à l'hôpital de la Croix-Rousse, un ulcère gastrique qui, mis au traitement médical, ne l'a plus fait souffrir.

Le 27 avril 1952 : triple hématomèse de sang rouge et noir.

Examen : tension artérielle : 9/5.

Pouls à 90.

On fait des transfusions, mais la tension artérielle tombe à 8, le pouls monte à 105, la température à 39, la numération globulaire est à 2.400.000.

On intervient alors.

Intervention : le 28 avril 1952 : Drs Desjacques-Béné.

Anesthésie locale. Incision médiane. Le colon est plein de sang.

Bel ulcère du duodénum à 3 cm ; au delà du pylore.

Duodéno-gastrectomie Billroth II. Nouvau Villard. Fermeture totale.

Durée : 60 minutes.

Examen de la pièce : bel ulcère calleux avec deux lumières vasculaires.

Suites : très simples.

Examen histo-pathologique : ulcère chronique inflammatoire.

OBS. 13.

P.-D... Laurent, 34 ans, entré le 1^{er} septembre 1952. Guérison.

Hémorragie gastrique par ulcère du duodénum. Le 2 septembre 1952 : duodéno-gastrectomie. Billroth 2.

Envoyé par le Dr Maer pour hématémèse et melæna.

Soigné depuis 18 mois pour ulcère duodénal.

Le 31 août au matin, alors qu'il était en parfait état général, il fait un effort : vertiges, syncopes, puis hématémèse et nouvelle syncope.

Le 31 août au soir : hématémèse.

A l'examen : malade pâle, tension artérielle : 10/5,5, numération globulaire : 3.500.000 globules rouges.

Intervention : le 2 septembre 1952 : Drs Desjacques-Gilloz.

Anesthésie générale. Incision médiane. Malade gras, duodénum profond ; colon plein de sang ; ulcère de la face antérieure du duodénum qui saigne. Duodéno-gastrectomie Billroth II. Un drain. Durée : 60 minutes.

Examen de la pièce : ulcère de la face antérieure du duodénum.

Suites : simples.

Histo-Pathologie : lésions ulcératives de la muqueuse duodénale discrètes, mais existence d'une infiltration inflammatoire pénétrant en profondeur au delà de la muscularis mucosæ jusque dans la musculuse.

Aucun syndrome de dégénérescence.

En profondeur, pas de lésion vasculaire, mais la muqueuse est très vascularisée ; les vaisseaux sont parfois dilatés et gorgés de sang, et il existe de nombreuses infiltrations hémorragiques. On n'a pas d'ulcération vasculaire proprement dite.

OBS. 14.

A... Christo, 47 ans, entré le 26 février 1953. Décès le 10 mars.

Melæna par ulcère du duodénum vu au 8^e jour. Le 28 février 1953 : duodéno-gastrectomie. Billroth II.

Le malade reste au pavillon de porte puis vient au pavillon du Pr Levrat. Melæna et hématémèses dans les antécédents. Sans syndrome ulcéreux net.

Radios gastriques négatives. Melæna depuis 8 jours.

Le malade, qui saigne encore, arrive très anémié avec des douleurs de l'hypocondre droit.

Refuse l'intervention le 27 février.

Le 28 : melæna ; le malade accepte l'intervention.

Intervention : le 28 février 1953 : Drs Desjacques-Desbrosses-Vidil.

Etat général effroyable. Tension artérielle : 7.

Anesthésie générale. Malade gras ; opération difficile. Incision médiane. Rien à l'examen extérieur de l'estomac. Duodéno-gastrectomie de principe. Au cours de la libération du duodénum en arrière, on trouve un gros ulcère perforé bouché par le pancréas à 4 cm. du pylore. On voit nettement le vaisseau qui saigne : petite artère de la face antérieure du pancréas qu'on coagule.

Duodéno-gastrectomie Billroth II. Nouveau Villard. Un drain. Fermeture du duodénum très difficile. Durée : 60 minutes.

Suites : brutalement, après avoir bu quelques gorgées de liquide, ce malade, très indocile et très agité, présente une violente douleur épigastrique. Examiné 10 minutes après, on voit sortir par le drain un liquide d'allure bilieuse et on en conclut à un lâchage du moignon duodénal. Mise en train immédiate d'une aspiration par le drain. Le 4 mars : l'aspiration a retiré plus de 500 cc. Etat général du malade effroyable.

Le 6 mars : malade délirant, présentant les signes d'un délirium tremens.

Le 10 mars : décès dans le collapsus.

OBS. 15.

V... Félix, 68 ans, entré le 8 avril 1944. Décès le 1^{er} jour.

Hémorragie gastrique grave. Ulcère de la petite courbure avec ouverture de l'artère coronaire stomacique. Le 8 avril 1944 : gastrectomie Billroth II.

Le malade vient pour hématomèse grave datant de la veille. Ce serait la première. A eu, par contre, des melaenas.

Le malade est très shocké, et son interrogatoire, rendu très difficile, laisse apparaître néanmoins un syndrome douloureux ancien.

Intervention le 8 avril 1944 : Drs Desjacques-Guigou.

Anesthésie locale. Incision médiane. Il s'agit d'un ulcus haut placé de la petite courbure.

Gastrectomie Billroth II. Gros Jaboulay.

Lorsqu'on ouvre l'estomac et que l'on voit la cavité de l'ulcère au cours de l'intervention, on voit gicler par saccades l'artère coronaire stomachique, ouverte dans la cavité de l'ulcère.

L'estomac plein de sang noir a dû être évacué par aspiration.

Un drain. Fermeture.

Durée : 45 minutes.

Examen de la pièce : Ulcère admettant l'extrémité de l'index ; à la partie haute du cratère, lumière de l'artère coronaire stomachique.

Suites : Meurt shocké le premier jour.

OBS. 16.

D... Marcel, 47 ans. Entré le 11 octobre 1945. Guérison.

Hémorragie gastrique par ulcère de la petite courbure. Le 11 octobre 1945 : gastrectomie Billroth II.

Malade qui présente des douleurs typiques depuis 8 mois, traité médicalement à l'histamine, avec un succès total.

Melæna constant pendant 2 jours.

Examen. Etat général assez bon.

Tension artérielle : 12, 5/9.

Numération globulaire : 4.000.000 globules rouges.

Intervention le 11 octobre 1945 : Drs Desjacques-Leynaud.

Anesthésie locale puis générale.

Gros ulcère haut situé de la petite courbure.

Gastrectomie Billroth II au gros Jaboulay. Lors de la section de l'estomac et avant la ligature de l'artère coronaire, on constate à la surface de l'ulcère une lumière vasculaire qui ne gicle pas.

Un drain.

Durée : 50 minutes.

Examen de la pièce : Ulcère gros comme une pièce de cinq francs, avec une belle lumière vasculaire.

Suites simples.

Examen histopathologique : Tissu cellulograisieux parcouru par des travées de tissu conjonctif jeune contenant deux tout petits ganglions lymphatiques normaux. Pas vu de trace de vaisseau sur le fragment examiné.

OBS. 17.

H... Claudius, 42 ans. Entré le 16 octobre 1945. Décès le premier jour.

Hémorragies gastriques profuses par ulcère angiotébrant haut situé de la petite courbure (artère et veine coronaire). Le 16 octobre 1945 : gastrectomie Billroth II.

Tuberculose rénale opérée en 1944.

Ulcère datant cliniquement de 15 jours ; 2 hématemèses il y a trois jours, dont la seconde produit 1/2 bol de sang rouge.

Pouls : 110.

Tension artérielle : 9 1/2.

Numération globulaire : 2.600.000 globules rouges.

Intervention le 16 octobre 1945 : Drs Desjacques-Leynaud.

Anesthésie locale. Gros ulcère haut situé de la petite courbure.

Gastrectomie Billroth II.

Ulcère allongé dans le sens de la petite courbure long de trois centimètres, large de un centimètre, qui a ouvert l'artère et la veine coronaire dont on voit très nettement la lumière. On trouve du sang dans l'estomac, l'intestin grêle, le gros intestin.

Gros Jaboulay. Un drain. Durée : 70 minutes.

Suites : La tension artérielle diminue et le malade, malgré les transfusions, meurt au premier jour.

OBS. 18.

P... Antoine, 75 ans. Entré le 7 août 1948. Mort le 7 août 1948.

Hémorragie gastrique par ulcère ayant ouvert la coronaire stomacique. Le 7 août 1948 : Gastrectomie Billroth II.

Décès à la fin de l'intervention.

Souffrant depuis très longtemps de son estomac, ce malade n'a jamais voulu être traité.

Le 6 août, hémorragie de 1,5 litre de sang.

Le 7 août, à 7 h. 30 : nouvelle hémorragie de 800 cc. environ.

Examen : Malade mourant, impossible à soutenir par la thérapeutique anti-choc.

Intervention le 7 août 1948 : Drs Desjacques-Maret.

Anesthésie locale. Incision médiane. Gastrotomie : ulcère haut de la petite courbure, versant postérieur. Les trois bouts de la coronaire saignent en jet ; par coagulation on n'obtient qu'une hémostase précaire.

Gastrectomie Billroth II. Moyen Jaboulay.

Décès à la fin de l'intervention.

OBS. 19.

L... Joseph, 42 ans. Entré le 12 novembre 1949. Décès le 21 novembre 1949.

Grande hémorragie gastrique par ulcus de la petite courbure.

Hémorragie par ouverture de la coronaire stomachique. Le 12 novembre 1949. Gastrectomie Billroth II.

Ethylique ulcéreux connu cliniquement et radiologiquement, qui a eu les 9, 10, 11 novembre 1949, deux hématémèses, de nombreuses tendances lipothymiques et un melæna constant.

Le malade est envoyé le 11 novembre au service de porte avec un pouls à 110, une tension artérielle à 10/7 ; numération globulaire : 2.200.000.

Il subit une transfusion et est envoyé le 12 novembre 1949 au Pavillon de notre maître Desjacques où l'on pratique l'intervention.

Intervention le 12 novembre 1949 : Drs Desjacques-Bertrand-Roche.

Ulcère calleux de la petite courbure. Le colon est plein de sang. Gastrectomie Billroth II. Moyen Villard ; fermeture totale.

Durée : 50 minutes.

Examen de la pièce : Ulcère calleux gros comme une pièce de un franc à bords très rouges. La lumière de l'artère coronaire est parfaitement visible, cathétérisable facilement.

Suites : Le 13 dans la nuit, fait une crise de délirium tremens et saute par la fenêtre du premier étage : plaies multiples du cuir chevelu, luxation sterno-claviculaire gauche, contusions multiples. Pas de fracture du crâne. Malgré alcool et strychnine intraveineux, le malade se cachectise. Une paralysie faciale s'installe. Le malade meurt le 21 novembre 1949. Les sutures ne semblent pas avoir lâché.

OBS. 20.

R... Louis, 55 ans. Entré le 25 mai 1950. Guérison.

Hémorragie par ulcus calleux de la petite courbure. Le 27 mai 1950 : Gastrectomie Billroth II.

Ulcéreux connu depuis 15 ans, avec de petits melœnas dans les antécédents.

Le 21 mai 1950 : syncope suivie le lendemain d'un melœna important.

A la radiographie : ulcère rétractile du bord de l'angulus.

Numération globulaire : 3.200.000. Tension artérielle : 14/7,5.

Intervention le 27 mai 1950 : Drs Desjacques-Ricard.

Gastrectomie Billroth II. Bel ulcère calleux de la petite courbure.

Nouveau Villard. Fermeture totale.

Durée : 35 minutes.

Examen de la pièce : Ulcère calleux admettant l'extrémité de l'index. Il semble y avoir deux ulcérations vasculaires dans le fond.

Suites simples.

Examen histo-pathologique : Lésion nécrotique atteignant jusques et y compris la musculouse, entourée d'une gastrite interstitielle reposant sur un chorion très épaissi. A côté de l'ulcus, altérations vasculaires : endartérite à tendance oblitérante.

OBS. 21.

R... Julia, 53 ans. Entrée le 5 décembre 1950. Guérison.

Hémorragies gastriques profuses par ulcère de la Petite Courbure. Le 5 décembre 1950 : gastrectomie Billroth II.

Malade sans passé gastrique, envoyée d'urgence par le docteur Barbier pour hémorragies gastriques graves.

Hématémèses importantes le 28 novembre 1950, répétées le 4 décembre avec tendance syncopale.

Au service de porte : transfusion.

Tension artérielle : 10/6. Pouls : 92. Hématies : 2.270.000.

Intervention le 5 décembre 1950 : Drs Desjacques-Blanchet-Viard.

Anesthésie générale. Incision médiane.

Paroi très grasse. Foie un peu augmenté de volume et gras ; l'examen extérieur de l'estomac ne montre aucune lésion ; on décide néanmoins de faire une gastrectomie large ; gastrectomie Billroth II.

Fermeture totale. Durée : 45 minutes.

C'est au cours de la gastrectomie en coupant l'estomac que l'on voit que la petite courbure est le siège d'un ulcère ancien, semble-t-il, siégeant sur une plaque épaissie de gastrite très rouge.

L'examen de la pièce montre la présence de cet ulcère et de cette région de gastrite disposée le long de la petite courbure.

De plus, l'antré possède 2 polypes muqueux rappelant les polypes muqueux du corps utérin.

Suites simples.

OBS. 22.

C... Antoine, 56 ans. Entré le 13 juillet 1951. Guérison.

Grande hémorragie gastrique par ulcère de la petite courbure.

Le 13 juillet 1951 : gastrectomie, Billroth II.

Aucun antécédent quelconque chez le malade, sinon une hématémèse isolée en 1941.

Le 8 juillet 1951 : hématémèse brutale 1/2 litre de sang et melæna très abondant. Les 9 et 10 : répétition de l'hématémèse.

Numération globulaire : 2.400.000.

Arrive dans le service le 13, où on décide l'urgence de l'intervention.

Intervention le 13 juillet 1951 : Drs Desjacques-Mounier-Kuhn.

Anesthésie générale. Incision médiane.

L'examen extérieur ne montrant rien, on décide une gas-

trectomie de principe. Au moment de la section gastrique, on voit une ulcération peu profonde, longue de 6 millimètres, large de 4 millimètres, disposée le long de la petite courbure avec une lumière vasculaire bien visible en son centre.

Gastrectomie Billroth II. Nouveau Villard. Fermeture totale.
Durée : 50 minutes.

Suites simples.

Histopathologie : L'hémorragie est expliquée par la présence d'une grosse artère béante au fond de cet ulcère nécrotique et purulent, reposant sur du tissu fibreux.

Pas d'épithélioma visible.

OBS. 23.

G... Jean, 57 ans. Entré le 23 octobre 1952. Sort mourant le deuxième jour.

Grande hémorragie gastrique par ulcère de la petite courbure.
Le 23 octobre 1952 : gastrectomie Billroth II.

Malade qui présente un ulcère depuis 3 ans. En outre, c'est un gros mitral, tachy-cardique, mais sans signe d'asystolie.

Le 20 octobre 1952 : 3 melænas.

Le 21 octobre à 17 heures : hématémèse importante.

Le 23 octobre à 7 heures : hématémèse moins importante.

Examen pulmonaire : râles crépitants aux deux bases.

Cœur : Souffles systolique et diastolique.

Tension artérielle : 18/9.

Intervention le 23 octobre 1952 : Drs Desjacques-Gilloz.

Rachi-anesthésie. Incision médiane. Gros ulcère de la petite courbure dans sa partie médiane, avec sclérolipomatose importante du petit épiploon. Colon plein de sang noir.

Gastrectomie Billroth II. Nouveau Villard. Fermeture totale.
Durée : 38 minutes.

Examen de la pièce : Ulcère calleux de la petite courbure, admettant l'extrémité du petit doigt ; à la loupe, 2 lumières vasculaires.

Suites : le malade tombe dans le coma le 25 octobre. On appelle en consultation le docteur Rendu : « maladie mitrale, en ictus vraisemblable ».

L'urée sanguine est à 1,65 gr.

La famille emmène le malade le 25 octobre 1952.

OBS. 24.

C... Jean, 48 ans. Entré le 24 octobre 1952. Guérison.

Grande hémorragie gastrique par ulcère de la petite courbure.

Le 24 octobre 1952 : gastrectomie Billroth II.

Vient pour hématomésès.

Depuis quinze mois douleurs ulcéreuses typiques avec deux petites hématomésès il y a respectivement un an et quatre mois.

Le 20 octobre 1952 à 12 heures : hématomésè de 1 litre de sang noir. Vertiges.

Le 20 octobre 1952 à 17 heures : hématomésè de 1 litre de sang rouge. Paleur, choc.

Tension artérielle : 11,5/7,5.

Numération globulaire : 1.850.000 globules rouges.

Intervention le 24 octobre 1952 : Drs Desjacques-Gilloz.

Anesthésie générale. Incision médiane. Colon plein de sang.

Ulcère très haut situé de la petite courbure.

Gastrectomie Billroth II. Nouveau Villard. Fermeture totale.

Examen de la pièce : Ulcère haut situé de la petite courbure, large mais pas très profond comportant une lumière vasculaire que l'on a vu saigner pendant la gastrectomie, après l'ouverture de l'estomac.

Numération globulaire le 1^{er} novembre 1952 : 2.500.000 globules rouges.

Les suites sont légèrement compliquées par une pneumopathie subfébrile, mais le malade sort guéri le 23 décembre.

OBS. 25.

Mme G..., 41 ans. Entrée le 6 novembre 1952. Guérison.

Grande hémorragie par ulcère de la petite courbure. Le 6 novembre 1952 : gastrectomie Billroth II.

Envoyée d'urgence par le Docteur Lagèze pour hématomésè d'étiologie inconnue.

Pas d'antécédent digestif.

Le 28 octobre, hématomésè de 500 cc. mêlée à des vomissements. Melæna, on fait une transfusion de 500 cc.

Le 30 octobre, hématomésè de 600 cc. Transfusion de 500 cc.

Le 31 octobre, hématomésè de 200 cc.

Le 5 novembre, hématomésè de 400 cc. environ.

Hémogramme : 2.300.000 globules rouges.

Tension artérielle : 9,5/6.

Intervention le 6 novembre 1952 : Drs Desjacques-Vidil-Gilloz.

Anesthésie générale ; incision médiane.

Foie un peu gros.

L'examen extérieur du duodénum ne décèle aucune lésion, la palpitation ne montre aucune induration ; colon plein de sang.

Gastrectomie de principe Billroth II. Nouveau Villard ; fermeture totale. Durée : 50 minutes.

Examen de la pièce : Très bel ulcère de la partie haute de la petite courbure, gros comme une lentille avec des plis radiés, très peu térébrant, non perceptible au palper de la petite courbure.

Comme il y a des plis radiés, il s'agit très certainement d'une lésion ancienne et non d'une exulcération simple ; on voit dans le fond une petite lumière vasculaire.

Suites simples.

OBS. 26.

V... Maria, 39 ans. Entrée le 19 novembre 1952. Guérison.

Grande hémorragie gastrique par ulcère angiotérébrant de la petite courbure. Le 19 novembre 1952 : gastrectomie Billroth II.

Très belle notion clinique dans les antécédents (douleurs, périodicité, sensibilité aux alcalins). Par contre, radiographies datant de 1948 ne montrant qu'un grand estomac et pas d'ulcère visible.

Les hématémèses brutales qui amenèrent la malade d'urgence sont intéressantes à étudier :

Nuit du 18-19, 1 heure, 1 litre. T. A. 8,5 tonicardiaques, coagulants, glace.

3 heures, 2 haricots. T. A. 8,5 300 cc. sang ; morphine.

4 heures, 2 haricots. T. A. 11,5.

8 heures, 2 verres. T. A. 11,5.

Intervention le 19 novembre 1952 à 9 heures : Drs Desjacques-Vidil-Gilloz.

Anesthésie générale ; incision médiane.

Grand estomac dont l'exploration extérieure ne montre

aucune lésion. Pas d'ulcère visible au niveau du duodénum.

Estomac, duodénum, grêle, pleins de sang que l'on sera obligé d'aspirer au cours de la gastrectomie au niveau de l'estomac et du duodénum, 400 cc. de sang très malodorant.

Gastrectomie de principe Billroth II au nouveau Villard. Un drain.

Durée : 60 minutes.

Lors de la section du duodénum, on trouve une zone importante de duodénite hémorragique, très près du pylore ; lors de la section gastrique, on trouve un ulcère haut situé de la petite courbure. C'est un ulcère en surface qu'on ne percevait pas au palper. Il est grand comme une pièce de 50 centimes et présente en son centre une superbe lumière vasculaire probablement artérielle.

Après l'intervention, 1.000 cc. de sang et les globules rouges remontent à 4.000.000

Suites longues, la malade faisant une phlébite du membre inférieur droit, puis un infarctus pulmonaire droit avec réaction pleurale.

Examen histo pathologique : La réponse à la question posée (veine ou artère ?) est incertaine. Il est impossible de dire s'il s'agit d'une veine ou d'une artère. Il existe une gastrite hyperplasique développée non seulement aux dépens des glandes gastriques, mais aussi des édifications intestinales. En profondeur, tissu conjonctif jeune, dans lequel on trouve à la limite de l'ulcère, à la fois une artère et une veine.

OBS. 27.

Mme L....-C..., 60 ans. Entrée le 20 mai 1953. Sort mourante le deuxième jour.

Grande hématémèse par ulcère angio-térébrant de la petite courbure. Le 20 mai 1953 : gastrectomie Billroth II.

Antécédents ulcéreux depuis un an.

Radiographie le 7 mai 1953 : Grand estomac. Grosse niche de la partie haute de la petite courbure avec scissure en regard. Déformation en trèfle du bulbe.

Hématémèse les 19 et 20 mai avec Melæna.

Le 20 à 9 h. 30 : Tension artérielle presque imprenable, malade cachectique.

Intervention le 20 mai 1953 : Drs Desjacques-Vidil-Desbrosses.

Malade quasi moribonde ; on voudrait faire le minimum : excision de l'ulcère et gastro-entéro-anastomose. Les événements vont en décider autrement :

Anesthésie locale. Perfusion péroopératoire.

Incision médiane. Il y a une sténose pyloro duodénale ; un estomac plein de sang dessinant une grande poche qui descend jusqu'au pelvis et un ulcère calleux, très haut, juxta-cardiaque, perforé bouché en arrière, au-dessus du pancréas ; on est obligé de faire une gastrectomie.

Gastrectomie difficile : difficulté de libération de l'ulcère haut et profond ; de plus, moignon gastrique très court ; anastomose au nouveau Villard sur la face antérieure du moignon gastrique qu'on ne peut abaisser au-dessous du mésocolon. Jéjuno-jéjunostomie au moyen Jaboulay au pied de l'anse, qu'on a dû prendre longue.

L'examen de la pièce montre un grand estomac à paroi flasque, plein de sang (il y avait du sang dans le grêle et dans le colon). Ulcère rétractile pyloroduodénal, et gros ulcère calleux de la petite courbure (partie haute), au-dessous de la perforation, belle lumière vasculaire qui doit être la coronaire stomachique.

Suites : 48 heures après, la malade est toujours comateuse, mais le pouls est bon.

La famille emmène la malade.

Anatomie Pathologique : Il est impossible de répondre à la question posée : veine ou artère ?

Dans le cratère de cet ulcère térébrant qui dépasse la musculature, on trouve l'énorme vaisseau à paroi très épaisse, plutôt artère que veine, sans certitude absolue.

OBS. 28.

D... Eugène, 67 ans. Entré le 16 octobre 1953. Guérison.

Hémorragie gastrique par ulcère térébrant haut situé de la petite courbure. Le 16 octobre 1953 : gastrectomie Billroth II.

Malade qui présente depuis 3 ans et demi une scène ulcéreuse typique ; le 16 octobre 1953 : lipothymie puis hématomèse de 3 verres de sang.

Tension artérielle : 11/6.

Pouls : 100.

Intervention le 16 octobre 1953 : Drs Desjacques-Dumont-Sisteron.

Rachi-anesthésie puis anesthésie générale.

Grand estomac contenant du sang digéré. Il semble y avoir un certain degré de sténose du pylore, la dilatation est peut-être provoquée par un état réflexe dû au sang que l'estomac contient. On trouve du sang dans le duodénum mais pas dans l'iléon et le colon.

Présence d'un ulcère calleux juxtacardiaque admettant le pouce.

Au cours de la gastrectomie, on trouve une lumière vasculaire au centre de l'ulcère. On laisse la tranche gastrique en haut au-dessus du mésocolon transverse.

Gastrectomie Billroth II. Nouveau Villard. Un drain.

Durée : 60 minutes.

Examen de la pièce : Bel ulcère calleux très inflammatoire, très térébrant, tout près de la perforation.

Suites simples.

Histopathologie : Ulcère s'étendant jusqu'à la musculuse, à fond granulomateux, très vascularisé par de nombreux vaisseaux à paroi très épaissie par hyalinisation de la média et hypertrophie de l'endartère.

OBS. 29.

D... Jean-Claude, 61 ans. Entré le 17 novembre 1953. Guérison.

Hémorragie gastrique par ulcère de la petite courbure. Le 19 novembre 1953 : gastrectomie Billroth II.

Ce malade, envoyé par le Professeur Levrat, est un ulcéreux connu qui a présenté une hématomèse abondante, le 12 octobre 1953 et qui continue à saigner, en dépit de toute thérapeutique.

A son entrée à l'hôpital : tension artérielle : 7 de maxima. Numération globulaire : 2.500.000.

A son entrée au pavillon D, le malade est pâle mais on note une augmentation des globules rouges (3.900.000).

Tension artérielle : 9,5/5.

A la radio : ulcère de la petite courbure dans la portion verticale basse.

Intervention le 19 novembre 1953 : Drs Desjacques-Sisteron. Rachi-anesthésie. Incision médiane. Ulcère à la partie moyenne de la petite courbure avec un peu de sclérolipomatose.

Gastrectomie Billroth II. Nouveau Villard. Fermeture totale. Durée : 55 minutes.

Examen de la pièce : Ulcère térébrant au milieu d'une zone de gastrite.

Suites : Rétention d'urine. Au toucher rectal, énorme prostate ; le cathétérisme s'avérant impossible, on pratique une cystotomie le 23 novembre 1953.

Quelques jours après la cystotomie on a la surprise de ne plus sentir cette énorme prostate au toucher ; on enlève la sonde, le malade urine normalement.

La cystotomie se referme assez rapidement, et le malade sort, guéri, le 30 décembre 1953.

OBS. 30.

C... Abraham, 36 ans. Entré le 29 septembre 1943. Guérison.

Hémorragie gastrique grave par ulcère du duodénum. Le 29 septembre 1943 : duodénogastrectomie. Billroth II.

Malade qui ressent des douleurs dans la fosse iliaque droite depuis 2 ans, d'horaire et de périodicité irréguliers mais calmées par l'ingestion de bismuth. Ces douleurs sont plus marquées et plus fréquentes depuis décembre 1942.

La radiographie montre un ulcus duodénal.

Dans la nuit du 28 au 29 septembre, le malade a une forte hématomatose de sang rouge, mêlé de caillots et de débris alimentaires.

Intervention le 29 septembre 1943 : Drs Desjacques-Collet.

Anesthésie locale, puis générale. Incision médiane. Il existe deux ulcères du duodénum : un petit, fissuraire en avant à 1 centimètre au delà du pylore et un gros, calleux, en arrière, pénétrant dans le pancréas à 2 centimètres au-delà du pylore. Il semble que c'est le pancréas qui saignait.

Duodénogastrectomie Billroth II au gros Jaboulay. Sur le duodénum la section a porté au niveau du *genus superius*. Fermeture. Un drain.

Examen de la pièce : Ulcère fissuraire en avant ; en arrière ulcère calleux admettant l'extrémité de l'index, avec, semble-t-il, une lumière vasculaire.

Suites simples.

Examen histopathologique : De part et d'autre d'une muqueuse à type duodénal, sans autre lésion qu'une hyperplasie des corpuscules lymphoïdes et d'un état congestif de la muqueuse, lésion ulcéro-nécrotique se prolongeant par un plan fibro-inflammatoire jusqu'au contact d'éléments pancréatiques, sans lésions histologiques décelables. Dans la gangue inflammatoire sous-ulcéreuse, on décèle des artérioles à paroi très franchement hyperplasiée (processus d'endartérite à tendance oblitérante) et aussi de très nombreux capillaires gorgés de sang, mais on ne trouve pas de vaisseaux cause d'hémorragie.

OBS. 31.

T... Joséphine, 43 ans. Entrée le 8 mars 1944. Guérison.

Hémorragie gastrique grave par ulcère du duodénum, ulcères de l'estomac. Le 8 mars 1944 : gastrectomie Billroth II.

Femme de 43 ans, entrée le 8 mars 1944.

Hématémèse et mélæna depuis le 6 mars 1944.

Intervention le 8 mars 1944 : Drs Desjacques-Guigou.

Anesthésie générale.

On ne sent aucun ulcère sur l'estomac mais on trouve un petit ulcère de la face antérieure du duodénum.

Gastrectomie Billroth II.

Après section de la tranche gastrique on explore le moignon gastrique restant et on trouve sur la face postérieure à 6 cm. au-dessous de la petite courbure un magnifique ulcère de la taille d'une pièce de un franc ; on le résèque.

Examen de la pièce : Ulcère fissuraire du duodénum.

Ulcère du corps de l'estomac avec une lumière vasculaire (artère coronaire).

Troisième ulcère — cicatriciel — près de la grande courbure.

La muqueuse antrale est épaissie en peau de crapaud.

Numération globulaire : 2.100.000.

Suites simples, guérison.

OBS. 32.

D...-R..., 45 ans. Entré le 19 juin 1946. Mort le jour même.

Hémorragie gastrique mortelle par ulcère du corps de l'estomac. Le 19 juin 1946 : Billroth II.

Ancien malade du service, dont l'observation se résume ainsi :

Homme de 41 ans, entré le 9 janvier 1942 ; Melæna depuis 2 jours ; numération globulaire : 2 millions.

Intervention le 9 octobre 1942 : Drs Desjacques-Accassat.

Anesthésie locale ; incision médiane ; l'exploration de l'estomac est négative ; la gastrotomie ne montre aucune lésion ; colon plein de sang. Fermeture pariétale.

Suite : le 30 octobre 1942, les radiographies montrent un volumineux bulbe duodénal.

En mars 1943, nouveaux melænas.

Le 7 mai 1943 : réintervention méga-duodénum, duodéno-jéjunostomie (deuxième portion duodénale avec première anse jéjunale au bouton de Jaboulay).

Suites simples.

Revient le 19 juin 1946 pour hématémèse grave.

Pouls à 120. Tension artérielle : 7/3.

Malade comateux.

Intervention le 19 juin 1946 : Drs Desjacques-Saubier.

Anesthésie générale, incision médiane. Nombreuses adhérences des interventions antérieures. La duodéno-jéjunostomie perméable a permis de rendre au duodénum son calibre normal.

A l'examen extérieur, on ne note rien. On décide néanmoins une gastrectomie car le grêle comme le colon est plein de sang ; à l'ouverture de l'estomac issue d'un caillot énorme, gros comme une tête d'enfant. On découvre deux ulcères : l'un sur la face antérieure gros comme une pièce de 50 centimes, avec une lumière vasculaire artérielle, l'autre sur la face postérieure ; tous deux non calleux.

Suites : Le malade meurt après la section de la tranche gastrique.

OBS. 33.

L... Marie, 70 ans. Entrée le 27 septembre 1950. Guérison.

Hémorragies gastriques par ulcère de la petite courbure et par ulcère perforé bouché du duodénum. Le 27 septembre 1950 : gastrectomie Billroth II.

Envoyée d'urgence dans le service par le Professeur Croizat pour hématémèse.

Depuis 7 ans, ulcère à périodicité peu régulière.

Il y a 3 mois, a eu quelques melœnas et, il y a 14 jours, hématémèses et melœnas assez abondants, répétés le 19.

Malade très amaigrie ; on pratiqua au Pavillon H, une transfusion de 2 litres, le 19 septembre. Elle resaigne le 22, nouvelle transfusion de 300 cl. On fait ainsi passer la numération de 1.054.000 à 2.800.000 globules rouges.

A l'entrée, malade à l'état général très précaire.

Intervention le 27 septembre 1950 : Drs Desjacques-Ricard-Dujol.

Anesthésie générale ; incision médiane.

Gros ulcère perforé bouché par le pancréas, intéressant le duodénum.

Duodéno-gastrectomie. En cours d'intervention, on découvre un ulcère très pénétrant de la partie moyenne de la petite courbure. Gastrectomie Billroth II. Fermeture totale. Durée : 35 minutes.

Examen de la pièce : La source de l'hémorragie avait paru être une artériole de la face antérieure du pancréas à nu dans l'ulcère ; en réalité, c'est probablement l'ulcère de la petite courbure qui avait tant saigné.

Une simple exploration de l'ulcère du duodénum aurait laissé passer l'ulcère de la petite courbure qui n'a été vu qu'une fois la gastrectomie faite.

OBS. 34.

Q... Georges, 46 ans. Entré le 8 octobre 1953. Guérison.

Double ulcère hémorragique de la petite courbure. Le 10 octobre 1953 : gastrectomie Billroth II.

Ulcère datant cliniquement de mai 1953, avec gros amaigrissement (10 kg.).

Melœnas depuis le 15 septembre 1953, ayant nécessité 4 transfusions dans le service du docteur Lagèze.

Tension artérielle : 10/6.

A la radio : niche de la petite courbure dans sa portion verticale.

Numération globulaire : 3.350.000.

Intervention le 10 octobre 1953 : Drs Desjacques-Dumont.

Rachi-anesthésie.

Incision médiane.

Gastrectomie Billroth II. Nouveau Villard.

Fermeture totale.

Durée : 50 minutes.

Examen de la pièce : Deux ulcères calleux sur la partie haute de la petite courbure. L'un semble bien présenter une lumière vasculaire.

Suites simples.

OBS. 35.

G... Joannès, 55 ans, entré le 28 décembre 1953. Emmené mourant le deuxième jour.

Grande hémorragie gastrique par ulcère (ancienne gastro-entéro-anastomose). Le 29 décembre 1953 : duodéno-gastrectomie Billroth II.

Ancien malade du service, a subi une gastro-entéro-anastomose en 1941 pour ulcère.

Le 26 décembre 1953, abondante hématomèse.

On fait monter la tension artérielle, qui était de 7 à l'entrée, à 9, avec 1.000 cc. de sang.

Le 28 au matin, nouvelle hématomèse ; le 29 au matin : tension artérielle : 6.

Intervention le 29 décembre : Drs Desjacques-Rivière.

Etat misérable.

Anesthésie locale. L'ancienne gastro-entéro-anastomose postérieure est très étroite, mais ne comporte pas d'ulcère.

Petit ulcère duodénal et ulcère de la face postérieure de l'estomac, au-dessus de l'ancienne anastomose. On voit suinter goutte à goutte l'ulcus du duodénum, c'est lui qui est à l'origine de l'hémorragie.

Duodéno-gastrectomie Billroth II, emmenant la bouche d'anastomose.

Nouveau Villard.

Durée : 50 minutes.

Examen histopathologique : Sous-muqueuse avec état congestif très développé et de très nombreuses artères et veines dont la lumière est béante.

La coupe n'intéresserait pas l'ulcère.

Suites : Emmené mourant le deuxième jour.

OBS. 36.

V... Jean, 49 ans, entré le 13 mars 1943. Guérison.

*Hémorragie intestinale grave par gastrite hémorragique.
Le 13 mars 1943 : Gastrectomie Billroth II.*

Homme de 49 ans, sans passé gastrique, envoyé dans le service le 13 mars 1943.

Melæna les 7, 8, 9, 11 mars, pour lesquelles il est hospitalisé en médecine.

Numération : 1.860.000 globules rouges.

Malade qui, à l'entrée, présente un état général misérable.

Intervention le 13 mars 1943 : Drs Desjacques-Mousselon.
Anesthésie générale.

Grand estomac. L'ancre est rouge, congestif.

Pas d'ulcère.

Gastrectomie Billroth II au bouton de Jaboulay.

Durée : 35 minutes.

Examen de la pièce : Estomac sensiblement normal avec 2 points rouges ecchymotiques.

Suites opératoires : Simples.

Examen histopathologique : Gastrite inflammatoire.

OBS. 37.

A... Jean, 57 ans, entré le 17 mai 1950. Guérison.

Gastrite hémorragique chez un ancien opéré du Docteur Delore (gastro-entéro-anastomose et exclusion du pylore en 1914). Le 19 mai 1950 : Gastrectomie Billroth II.

Ancien opéré du Docteur Delore (gastro-entéro-anastomose en 1914), qui présente depuis une quinzaine de jours, après des douleurs en ceinture très violentes, un melæna constant, avec exacerbation des signes subjectifs (deux crises lipothymiques) dans les 48 dernières heures.

Examen : Malade amaigri.

Tension artérielle : 10,5/5.

Intervention : Le 19 mai 1950 : Drs Desjacques-Ricard.

Rachi-anesthésie. Incision médiane. Le pylore est complètement sectionné. Il y a un bout duodénal bouché. L'anastomose gastro-jéjunale est bien perméable.

Suppression de :

1° l'ancienne anastomose. L'orifice jéjunal est utilisé pour mettre le gros Villard.

2° gastrectomie large Billroth II. Gros Villard.

Fermeture totale.

Durée 65 minutes.

Examen de la pièce : Importante gastrite. Pas d'ulcère.

Confirmé par :

L'examen histo-pathologique : Gastrite simple.

Suites : Simples.

OBS. 38.

F... Léontine, 71 ans, entrée le 15 avril 1954. Guérison.

Grande hémorragie gastrique par ulcère de la face postérieure.

Le 15 avril 1954 : Gastrectomie Billroth II.

Cette malade, envoyée au service de porte le 14 avril 1954 pour hématémèse par le Dr Faysse, est adressé dans le service le 15 avril 1954.

Depuis 3 ans, antécédents ulcéreux nets.

Depuis 6 mois : amaigrissement.

Le 14 avril 1954 au matin : la malade éprouve une sensation vertigineuse, lipothymique, et un malaise général vague.

Dans l'après-midi : hématémèse de 2 à 3 verres environ.

A l'entrée : Tension artérielle : 17/8.

Malade pâle.

Le toucher rectal ramène du sang.

Numération globulaire : 2.570.000 globules rouges ; 10.600 globules blancs.

Intervention le 15 avril 1954 : Drs Desjacques-Rivière-Joly.

Anesthésie générale. Incision médiane. Malade maigre.

Grand estomac, duodénum long. L'exploration ne montre absolument rien d'anormal. Sang dans le colon.

Gastrectomie, de principe.

En explorant le moignon gastrique, on découvre un bel ulcère de la face postérieure à mi-distance de la petite et de la grande courbure. Il est gros comme une pièce de 50 centimes, à bords un peu saillants, et il saigne assez abondamment.

Gastrectomie Billroth II. Nouveau Villard. Fermeture totale.
Durée : 45 minutes.

Examen de la pièce : A la loupe, 2 lumières vasculaires sont très visibles et paraissent artérielles.

Suites : Simples.

B. — Interventions retardées

1. — Résection de l'intestin grêle après G.E.A. :

1 cas, 1 guérison.

2. — G.E.A. : 1 cas, 1 guérison.

3. — Gastrectomie Billroth II :

10 cas, 6 guérisons, 4 morts.

OBS. 39.

P... Auguste, 30 ans, entré le 20 octobre 1942. Guérison.

Hémorragie gastrique profuse par ulcère peptique jéjunal chez un malade opéré antérieurement (gastro-entéro-anastomose) pour ulcus duodénal. Le 26 octobre 1942 : Résection du grêle ; nouvelle gastro-entéro-anastomose postérieure. Secondairement, revient 3 ans après pour ulcère pyloroduodénal adhérent au pancréas.

Homme de 30 ans, entré le 20 octobre 1942.

En mai 1940 : gastro-entéro-anastomose à la suture pour ulcère duodénal dans le service du Professeur Bérard.

Il y a deux jours : grosse hématomérose.

Malade très pâle.

Intervention le 26 octobre 1942 : Drs Desjacques-Accassat.

Anesthésie générale. Grand estomac. L'ulcère duodénal est cicatrisé. Pas d'autres ulcères gastriques visibles. Présence d'un ulcère peptique jéjunal en face de la bouche anastomotique. Cet ulcère occupe strictement le bord mésentérique. La bouche de gastro-jéjunostomie est perméable et ne présente pas d'ulcère. L'hémorragie est déterminée par une artère intestinale. Résection intestinale avec anastomose bout à bout au bouton de Villard. Suture de l'orifice gastrique. Gastro-

entéro-anastomose postérieure. On conseille au malade une gastrectomie dans quelques mois.

Durée : 60 minutes.

Suites opératoires : Simples. Guérison.

Revient 3 ans après pour douleurs épigastriques ; au niveau de la ligne d'incision, on note une éventration.

A la radiographie : grand estomac avec bulbe ulcéreux.

Intervention le 24 juillet 1945 : Drs Desjacques-Leynaud.

Anesthésie générale. Incision médiane. Gros ulcère pyloro-duodénal adhérent au pancréas. Gastro-entéro-anastomose postérieure. Suture en aval de l'ancienne suture du grêle ; celle-ci est très jolie, très large. Réfection soigneuse de la paroi.

Suites : Simples.

OBS. 40.

C... Abel, 58 ans, entré le 11 mars 1946. Guérison.

Ulcus hémorragique du duodénum. Mauvais état général. Le 8 avril 1946 : gastro-entéro-anastomose postérieure. Suture.

Ulcéreux connu depuis un an ; présente une crise lipotymique le 9 mars. Le 11 mars fait une hématomérose abondante. Hospitalisé au pavillon du Professeur Croizat, on lui fait une transfusion de 250 cc. et on l'envoie dans le service.

Tension artérielle : 10/6.

Numération globulaire : 1.300.000

Devant son état général, on fait des transfusions nombreuses, et on donne des extraits de foie *per os* et en intramusculaire.

Intervention le 8 avril 1946 : Drs Desjacques-Allègre.

Anesthésie générale. Incision médiane.

Gros ulcère induré du duodénum. En raison de l'âge on fait une gastro-entéro-anastomose postérieure.

Suites : Simples.

OBS. 41.

H... Solidar, 62 ans, entrée le 13 janvier 1944. Décès le jour même.

Hématémèse par ulcère de la petite courbure. Le 25 janvier 1944 : Gastrectomie Billroth II.

Femme de 62 ans, entrée le 13 janvier 1944.

Hématémèse abondante et melæna le 12 janvier 1944.

Intervention le 25 janvier 1944 : Drs Desjacques-Beyssac.
Anesthésie générale.

Très gros ulcère calleux de la portion haute de la petite courbure, perforé, bouché par le pancréas.

Gastrectomie Billroth II au bouton.

Examen de la pièce : Ulcère comme une pièce de 5 francs avec une belle lumière vasculaire (artère coronaire).

Suites : En dépit de toute thérapeutique, meurt le premier jour.

OBS. 42.

M... Charles, 69 ans, entré le 17 janvier 1944. Décès le cinquième jour.

Hémorragie gastrique récente grave par ulcère triple de la petite courbure chez un ancien gastro-entéro-anastomosé.

Le 21 janvier 1944 : gastrectomie Billroth II.

Ulcéreux connu, qui a subi il y a deux ans une gastro-entéro-anastomose postérieure.

Depuis un an reprise des douleurs.

Hémorragie grave récente (il y a 3 jours).

Tension artérielle : 10/7,5.

Urée : 0,45 %.

Intervention le 21 janvier 1944 : Drs Desjacques-Guigou.

On trouve 3 ulcères de l'estomac, tous calleux ; au centre de l'un d'eux une lumière vasculaire.

Gastrectomie Billroth II. Bouton de Villard. Un drain.

Cure de l'événtration.

Suites : Meurt dans la nuit en défaillance cardiaque.

OBS. 43.

C... Marius, 54 ans, entré le 20 janvier 1944. Décès 6 mois après.

Ulcère hémorragique de la petite courbure. Le 26 janvier 1944 : gastrectomie Billroth II.

Comitial présentant un syndrome ulcéreux typique radiologiquement confirmé (niche voisine de l'angulus).

Le malade a présenté un melæna 2 ans auparavant et un second le 8 janvier 1944.

Examen : Malade pâle, qui ne souffre pas.

Tension artérielle : 8,5/5.

A l'examen cardiaque, on note : souffle présystolique avec essoufflement et léger œdème vespéral.

Tumeur bénigne de la bourse droite.

Intervention le 26 janvier 1944 : Drs Desjacques-Guigou.

Anesthésie locale puis générale. Intervention difficile : tout saigne beaucoup. Rétraction considérable de la petite courbure avec sclérolipomatose ; ulcère rétractile de la petite courbure.

Gastrectomie Billroth II. Jaboulay. Un drain.

Examen de la pièce : Ulcère rétractile de la petite courbure, érosion, présence d'un second ulcère cicatrisé.

Suites opératoires : Le malade guérit très bien de son opération, mais présente un petit écoulement de la partie inférieure de la plaie. Un mois et demi après, il présente une pneumopathie qui guérit, tandis que survient un abcès de la paroi de l'hypocondre droit qui se fistulise. Le malade se cachectise peu à peu et meurt au bout de 6 mois.

Vérification : Amylose viscérale typique qui se retrouve très nettement à l'examen histopathologique.

Liquide sérofibrineux dans la plèvre et dans le péricarde.

Foie : 2 kilos 100, Rate : 450 gr., Rein : 450 gr.

OBS. 44.

T... Paul, 61 ans, entré le 9 avril 1946. Décès le dixième jour.

Ulcère hémorragique de la petite courbure. Le 15 avril : duodéno-gastrectomie Billroth II.

Ulcéreux connu cliniquement et radiologiquement depuis 10 ans, qui a présenté de nombreuses hémorragies digestives dont les plus récentes et les plus graves remontent à 3 mois environ.

A l'entrée : Tension artérielle : 12/7.

Numération globulaire : 3.000.000 de globules rouges.

Intervention le 15 avril : Drs Desjacques-Girard-Madoux.

Rachi-anesthésie.

Ulcère haut situé de la petite courbure. Le colon transverse très court est fixé contre la paroi postérieure de l'abdomen.

Duodéno-gastrectomie Billroth II au gros Jaboulay pré-colique.

Fermeture totale.

Durée : 35 minutes.

Examen de la pièce : Ulcère calleux.

Suites : Le malade s'affaiblit progressivement et meurt au 10^e jour.

Histopathologie : Ulcère de la petite courbure sans signe de dégénérescence. La coupe de la zone musculaire rencontre en effet de très nombreux vaisseaux dont certains sont de grande dimension (Dr Plauchu).

OBS. 45.

D..., Etienne, 59 ans, entré le 19 avril 1948. Guérison.

Hématémèse triple en une semaine par ulcus. Le 4 mai 1948 : Gastrectomie Billroth II.

Malade dont les antécédents, s'ils sont riches en affections neurologiques (méningiome traumatique opéré par le Professeur Wertheimer en 1944, avec aphasie et amaurose transitoires post-opératoires), sont très brefs quant à son affection actuelle ; ne souffre en effet que depuis deux mois sans aucune périodicité, avec des paroxysmes douloureux effroyables.

Ce malade, qui a maigri beaucoup depuis février, a présenté, le 28 mars 1948, une hématomèse grave précédée d'une syncope. Cette hématomèse s'est répétée deux fois.

La radiographie gastrique a mis en valeur une volumineuse niche de la petite courbure.

Examen : Numération globulaire : 1.990.000.

Urée : 0,56 %.

Tension artérielle : 14/6.

Intervention le 4 mai 1948 : Drs Desjacques-Maret-Chevalier.

Anesthésie locale. Incision médiane. C'est un ulcus assez haut de la petite courbure avec petite adhérence pancréatique.

Gastrectomie Billroth II. Moyen Villard. Fermeture totale.

Durée : 50 minutes.

Examen de la pièce : Ulcus calleux avec petite cavité. Importante sclérolipomateuse.

Suites : Simples.

OBS. 46.

R... Joseph, 40 ans, entré le 4 mai 1948. Guérison.

*Ulcère hémorragique de la petite courbure. Le 7 mai 1948 :
Gastrectomie Billroth II.*

Ulcéreux connu depuis longtemps ; ce malade s'est décidé à l'intervention à la suite de melæna et d'une hématomèse importante dans la quinzaine précédant son entrée dans le service.

La radiographie avait donné une image typique de grosse niche de la petite courbure avec niveau liquide.

Intervention le 7 mai 1948 : Drs Desjacques-Maret-Chevalier.

Rachi-anesthésie. Incision médiane. Gros ulcère calleux perforé bouché par le pancréas, face postérieure et petite courbure.

Gastrectomie Billroth II. Nouveau Villard.

Durée : 50 minutes.

Examen de la pièce : Gros ulcère calleux admettant le pouce.

Suites : Pneumopathie très vite régressive.

Examen histopathologique : Ulcus calleux, avec dislocation totale de la musculaire muqueuse et de la muqueuse. Pas d'éléments épithéliomateux.

En périphérie, gastrite interstitielle.

OBS. 47.

K... Joséphine, 70 ans, entrée le 30 janvier 1950. Guérison.

*Hémorragie gastrique par ulcère pylorique et stase gastrique.
Le 20 février 1950 : gastrectomie Billroth II.*

Malade envoyée par le Dr Bidon pour hématomèse et melæna. Soignée depuis 15 ans pour des troubles dyspeptiques, qui se sont révélés il y a 5 ans être les effets d'un ulcère gastrique.

Les 27 et 28 janvier 1950 : melænas.

Le 29 janvier 1950 : violente et abondante hématomèse avec syncope.

A l'entrée : Malade pâle. Etat général mauvais.

Tension artérielle qui, de 15, est descendue à 12/7.

On fait une transfusion de 200 cc. qui, bien que le malade ait été groupée, est très mal tolérée.

Le 21 février 1950 : 2.100.000 globules rouges.

Valeur globulaire : 0,95.

Taux d'hémoglobine : 40 %.

Anémie de type ferriprive. Fort contingent de microcytes.

Intervention le 20 février 1950 : Drs Desjacques-Roche-Bertrand.

Anesthésie générale. Incision médiane. Gros estomac en amont d'un ulcère rétractile du pylore.

Gastrectomie Billroth II. Moyen Villard. Fermeture totale.

Examen de la pièce : Petit ulcère rétractile du pylore sans autre ulcération.

Suites : Remarquablement simples. La malade revue 3 mois après avait un excellent état général.

OBS. 48.

F... Antoine, 48 ans, entré le 3 avril 1950. Guérison.

Ulcus hémorragique du duodénum. Le 5 avril 1950 : Gastrectomie Billroth II.

Malade du Dr Desjacques à antécédents hémorragiques purs sans autre signe que :

1° En 1936 : 2 hématémèses à 3 mois d'intervalle.

2° Depuis : 5 hématémèses, dont la dernière remonte à 15 jours.

Une seule fois, il y a 8 jours, les radios ont été positives : ulcus du bulbe.

Intervention le 5 avril 1950 : Drs Desjacques-Roche.

Rachi-anesthésie. Malade très indocile, étylique ; intervention terminée en anesthésie générale.

Ulcère calleux au bord supérieur du duodénum très profond.

Duodéno-gastrectomie Billroth II. Nouveau Villard. Un drain.

Examen de la pièce : Ulcère calleux du duodénum loin du pylore.

Suites : Simples.

OBS. 49.

P... Gilles, 27 ans, entrée le 28 mai 1952. Guérison.

Gastrite hémorragique. Le 9 juin 1952 : Gastrectomie Billroth II.

Malade qui a subi une laparotomie exploratrice par le Professeur Clavel, en 1951, pour hématomérose.

A présenté depuis néanmoins, à 4 reprises, des syncopes avec *melæa* dont la dernière remonte au 28 mai 1952.

À la radio gastrique du 5 juin 1952 on aperçoit une déformation vraisemblablement ulcéreuse du bulbe.

Numération globulaire : 4.400.000.

Intervention le 9 juin 1952 : Drs Desjacques-Béné.

Anesthésie générale. Incision médiane. Immense estomac parcouru par de nombreux vaisseaux.

Gastrectomie Billroth II. Nouveau Villard. Fermeture totale.

Durée : 50 minutes.

Examen de la pièce : Importante gastrite hyperplasique de l'antrum avec suffusion hémorragique de la muqueuse.

Anapathologie : Gastrite hypertrophique, muqueuse considérablement hyperplasiee.

Suites : Simples.

Revient le 3 mars 1953 avec un ulcère peptique radiologiquement confirmé que l'on met au traitement médical.

OBS. 50.

A... Michel, 23 ans, entré le 7 décembre 1953. Guérison.

Ulcère hémorragique du duodénum. Le 23 décembre 1953 : duodéno-gastrectomie Billroth II.

Ulcéreux connu qui a présenté, les 5 et 6 décembre 1953, des crises lipotymiques avec *melæna*.

À l'entrée, le malade est pâle.

Tension artérielle : 9/5.

Numération globulaire : 4.000.000

Intervention le 23 décembre 1953 : Drs Desjacques-Rivière.

Rachi-anesthésie. Malade geignard. Incision médiane. Petit ulcère du duodénum à quelques millimètres du pylore.

Duodéno-gastrectomie Billroth 2. Nouveau Villard. Fermeture totale. Durée : 50 minutes.

Examen de la pièce : Ulcère fissuraire du duodénum, avec intense duodénite et gastrite très marquées.

Suites : Simples.

IV

ETUDE ANATOMIQUE DES LESIONS

C'est à la lumière des observations précédentes (O. 1 à 37, concernant les interventions précoces) qu'ont pu être faites les constatations anatomiques qui vont suivre.

Rappelons cependant en premier lieu un point précis : un des principaux arguments contre la gastrectomie d'urgence est que souvent l'estomac ne présente aucune lésion à son examen extérieur. L'opérateur peut hésiter sur la conduite à tenir et l'on a pu préconiser même une gastrotomie exploratrice.

Notre Maître, le Professeur agrégé Desjacques, pense que la gastrectomie systématique est à réaliser même si l'on n'a rien perçu à l'examen extérieur de l'estomac : en effet, seule la gastrectomie permet l'exploration complète des lésions.

Il est évident que le foie a été examiné en cours d'intervention et qu'en cas de cirrhose il faut refermer sans aller plus avant. L'observation suivante souligne le danger que présente la gastrectomie quand le foie est malade :

G... Francisque, 55 ans, entré le 23 octobre 1943. Décès le 4^e jour.

Hémorragie gastrique : cirrhose. Le 23 octobre 1943 : Gastrectomie Billroth II.

Malade envoyé d'urgence par le Dr Barbier pour hémorragies intestinales répétées et hématémèses graves.

Opéré d'urgence.

Résumé de l'Observation (Dr Picquet) : Malade de 55 ans qui présente depuis le 10 octobre 1943, des hémorragies intestinales récidivantes quotidiennes. Entré à l'hôpital le 19 octobre 1943, dans un état extrêmement grave, on lui fait dans le service du Dr Barbier, 5 ou 6 transfusions qui, si elles remontent un peu l'état général, n'arrêtent pas les hémorragies intestinales.

Le 22 octobre, après une transfusion, hématomérose grave.

Intervention le 23 octobre 1943 : Drs Desjacques-Collenet.

Anesthésie locale. Incision médiane ; un peu d'ascite. Foie d'aspect anormal, coloration chamois. Pas d'ulcère perceptible. Le Dr Picquet, présent, est d'avis de faire une gastrectomie. Gastrectomie Billroth II. Bouton de Villard.

Durée : 53 minutes.

Examen de la pièce : Estomac normal ; pas d'ulcère.

Suites : Le malade reprend bien connaissance. Pas de clocher thermique.

Le lendemain émet une selle : 150 à 200 gr. de caillots noirs.

Cependant l'état général s'altère et le malade meurt le 27 octobre sans avoir saigné de façon visible.

Il est par contre excessivement rare de faire une gastrectomie « à blanc », comme dans le cas suivant, unique dans la série d'observations.

D... Elie, 33 ans, entré le 6 juillet 1945. Guérison.

Hématémèse cryptogénétique. Le 9 juillet 1945 : *Gastrectomie Billroth II.*

Malade soigné depuis 7 ou 8 ans pour ulcère de l'estomac, qui a présenté, il y a 5 mois, un syndrome hémorragique avec 2 hématémèses à 3 jours d'intervalle, et un melæna persistant depuis 2 jours.

A l'examen : Malade pâle, qui a maigri de 2 kilos.

Intervention le 9 juillet 1945 : Drs Desjacques-Fournier.

Anesthésie générale.

Incision médiane. Pas d'ulcus.

Gastrectomie large au gros Jaboulay ; un drain.

Durée : 55 minutes.

Examen de la pièce : Pas d'ulcération.

Gastrite ?

Suites : Simples.

Examen histopathologique : Estomac normal, sans aucune lésion de gastrite.

Dans les opérations précoces, outre les 2 cas cités ci-dessus, nous avons donc constaté :

1. — Dans dix cas sur trente-huit, soit environ 24 % des cas, rien n'a été vu à l'examen extérieur de l'estomac (Observations n^{os} 2, 10, 14, 21, 22, 25, 26, 31, 32, 38). Or, il s'agissait :

- 5 fois d'un ulcère de la petite courbure (Observations n^{os} 2, 21, 22, 25, 26) ;
- 2 fois d'un ulcère du duodénum (Observations n^{os} 10, 14) ;
- 1 fois d'un ulcère du duodénum compliqué d'un ulcère du corps de l'estomac (Observation n^o 31) ;
- 1 fois de la face antérieure et de la face postérieure de l'estomac (Observation n^o 32) ;
- 1 fois d'un ulcère de la face postérieure de l'estomac (Observation n^o 38).

De plus on nota deux gastrites hémorragiques graves (Observations 36, 37).

Dans l'observation 31 l'ulcère responsable n'était pas décelable, mais c'est surtout l'observation 32, concernant un malade ayant subi successivement une gastrotomie et une duodéno-jejunostomie parce que l'aspect extérieur de l'estomac ulcéreux était absolument normal, qui donne une image frappante de cette fréquence de l'aspect extérieur normal des estomacs ulcéreux.

2. — Dans les autres cas, on put mettre en valeur à l'examen extérieur de l'estomac :

- 14 fois des ulcères de la petite courbure (Observations n^{os} 4, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 23, 24, 27, 28, 29, 33, 34) ;

— 1 fois un ulcère du pylore (Observation n° 4) ;
11 fois des ulcères du duodénum (Observations
n° 1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 30, 35).

3. — Il est à noter que sur les 38 observations précitées, nous retrouvons 6 fois des ulcères multiples, doubles à cinq reprises (O. n° 30, 32, 33, 34, 35) et même triple (O. n° 31) et que c'est seulement dans ces cas que nous avons pu mettre en valeur des ulcères des faces antérieure (O. 32) ou postérieure (O. 31).

4. — Enfin, on vit gicler le vaisseau érodé en cours d'intervention dans 8 cas (Observations n° 4, 5, 8, 14, 15, 17, 18, 24) et on le retrouva à l'examen de la pièce dans 18 cas (Observations n° 2, 6, 7, 11, 12, 16, 9, 20, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 3, 32, 35, 38), la constatation étant douteuse dans 2 cas (Observations n° 30, 34), on peut donc dire que dans 68 % des cas, on eut la possibilité d'affirmer macroscopiquement l'ulcération vasculaire.

RESULTATS DU TRAITEMENT

Avant tout, nous tenons à insister sur le fait que les malades observés ont été adressés dans le service de notre Maître Desjacques avec un état général le plus souvent déplorable : faciès pincé, tension artérielle effondrée, quelquefois subcomateux. Trop souvent ces malades arrivaient trop tardivement : 10 sur 16 sujets qui décédèrent saignaient depuis 3 jours : (O. n^{os} 2, 3, 4, 6, 8, 10, 17, 19, 23 et 35).

Malgré cet handicap, pour les 38 malades ayant subi une intervention précoce, nous comptons 22 guérisons, soit 58 % pour 16 décès.

Les causes du décès sont à rechercher dans :

a) *L'âge avancé* : 5 des patients, atteint ou dépassé la soixantaine : 60 ans (O. 27), 68 ans (O. 15), 71 ans (O. 38), 72 ans (O. 4), 75 ans (O. 18).

L'hémorragie gastrique du vieillard est d'ailleurs une chose beaucoup plus fréquente qu'on ne le pense habituellement, nous reviendrons d'ailleurs ultérieurement sur ce problème.

b) *L'anémie aiguë* : 6 de ces malades avaient une numération globulaire très basse : 1.700.000 G.R. (O. 10), 1.767.000 G.R. (O. 4), 1.780.000 G.R. (O. 7), 2.000.000 G.R. (O. 2), 2.600.000 G.R. (O. 17), 2.570.000 G.R. (O. 38).

c) *L'effondrement de la tension artérielle* qui fut notée :

— soit imprenable (O. 27),

— soit effondrée à 6 (O. 35), à 7/3 (O. 32).

d) *Les antécédents :*

— L'éthylisme que nous retrouverons 3 fois sur les 16 cas observés (O. 6, 14, 19) qui donna deux fois un tableau de delirium tremens terminal (O. 14 et surtout 19 cas où le malade sauta par la fenêtre du service).

— Les cardiopathies : un de nos malades atteint de maladie mitrale décéda en ictus cérébral (O. 23).

— La tuberculose : nous eûmes l'occasion de retrouver dans les antécédents d'un malade une tuberculose rénale, opérée dans l'année précédant l'intervention gastrique (O. 17) ; il est possible que l'hypotension résistante à toute thérapeutique ait été favorisée par l'affection antérieure.

e) *Les suites opératoires :*

— Un de nos malades (O. 8, année 1944) contracta une pleurésie à pyogènes dont il mourut.

— Deux de nos malades enfin décédèrent directement des suites de l'intervention :

1. Par lâchage du bouton dans une gastrectomie suivant le procédé de Kocher-Santy, procédé qui fut d'ailleurs rapidement abandonné par notre Maître Desjacques comme par la plupart des chirurgiens, pour les raisons suivantes :

Danger de lâchage du bouton (comme dans l'Observation n° 7).

Fréquence des ulcères peptiques post-opératoires.

2. Par lâchage du moignon duodénal (O. 14).

VI

TECHNIQUE DE LA DUODENOGASTRECTOMIE BILLROTH II POUR HÉMORRAGIE

Dans 31 cas, l'opération réalisée a été la Duodenogastrectomie Billroth II suivant la technique que le Dr Desjacques a exposée en 1952 dans le *Lyon Chirurgical*.

Nous en rappelons les grandes lignes avec quelques modifications apportées depuis cette publication.

Cette technique a les caractéristiques suivantes :

- C'est un procédé de gastrectomie Billroth 2.
- Le duodenum est fermé par un procédé rapide et sûr
- L'anastomose gastrojéjunale est réalisée avec un bouton de Villard.

FERMETURE DU DUODENUM :

Lorsque le duodénum a été sectionné, la tranche de section est faufilée par un plan total au catgut et au lin. Puis le fil est serré et noué : il ne reste plus qu'un petit moignon duodénal. Celui-ci est alors facilement enfoui par un fil de lin, croisé en X, prenant appui sur la face postérieure et la face antérieure du duodénum ; la fermeture est complétée en passant l'aiguille au bord supérieur et au bord inférieur du duodénum.

UTILISATION DU BOUTON ANASTOMOTIQUE :

On connaît surtout trois types de bouton anastomotique : le bouton de Murphy, le bouton de Jaboulay, le bouton de Villard. Les avantages du bouton sont : la rapidité

de l'opération et la solidité d'emblée de l'anastomose, qui est perméable immédiatement. Les inconvénients du bouton sont : une difficulté de mise en place exigeant de la part de l'opérateur une certaine habitude ; l'anastomose est tardivement peut-être un peu étroite chez certains opérés.

M. Desjacques utilise depuis 1953 un nouveau bouton anastomotique, fabriqué à Lyon sur ses indications par la Maison Durillon. Ce bouton est un bouton de Villard de taille intermédiaire entre le gros et le moyen Villard. La bouche anastomotique obtenue est beaucoup plus large qu'avec le moyen bouton de Villard, et le bouton s'évacue plus facilement que le gros bouton de Villard (ce dernier a pu donner des accidents d'occlusion par arrêt dans la dernière anse grêle).

Le malade est préparé par une transfusion de sang, et une évacuation gastrique sans lavage d'estomac.

TECHNIQUE DE L'INTERVENTION :

L'opération comporte les temps suivants :

Anesthésie : Le plus souvent, c'est une anesthésie générale par inhalation.

Incision : L'incision est médiane, sus ombilicale, courte en cas de thorax large, plus longue en cas de cage thoracique étroite. On procède à l'identification des lésions ; la première jéjunale est fixée par une pince. On remarque la présence de sang dans le grêle et dans le colon.

Hemostasè de la grande courbure gastrique : Les vaisseaux se rendant à la grande courbure, venant des artères et veines gastro-épiloïques sont liés les uns après les autres. On commence à gauche pour ouvrir facilement l'arrière-cavité des épiploons, sans risquer de blesser le mésocolon transverse qui adhère toujours plus ou moins à la face postérieure de l'estomac. Dans ce temps d'hémostase, on libère ainsi la face postérieure de l'estomac et du duodénum.

Ligature de l'artère pylorique : La ligature de l'artère pylorique est facile, sans danger pour le pédicule hépatique, le duodénum ayant été soigneusement libéré lors du temps précédent ; ce temps a ouvert la cavité de l'ulcère en cas d'ulcère perforé bouché par la tête du pancréas.

Section et fermeture du duodénum : Le duodénum est coupé au-delà de l'ulcère, il est fermé comme il est indiqué ci-dessus ; lorsque la section a dû être réalisée loin du pylore, l'enfouissement après fauillage de la tranche doit être réalisée avec des éléments péritonéaux recouvrant la tête pancréatique.

Ligature des vaisseaux coronaires : Les vaisseaux coronaires sont liés en haut de la petite courbure ; c'est en déplaçant l'estomac vers la gauche pour les découvrir que l'on ouvre la cavité d'un ulcère de la petite courbure ou de la face postérieure de l'estomac perforé, bouché par le pancréas.

Hémostase de la sous-muqueuse gastrique : Ce temps est essentiel, il évite les hématémèses post-opératoires. On incise avec précaution la séreuse et la musculuse de l'estomac, là où passera la tranche de section gastrique. Par des points au lin, on lie tous les vaisseaux apparus par transparence. Ce temps opératoire est réalisé d'abord sur la face postérieure, puis sur la face antérieure de l'estomac.

Passage de la première anse jéjunale à travers le méso-colon transverse ; mise en place du bouton dans l'intestin : On réalise un orifice de trois centimètres de longueur dans un espace avasculaire du méso-colon transverse ; la première anse jéjunale est amenée au-dessus du méso. La branche mâle du colon est mise en place dans l'intestin.

Mise en place du bouton dans l'estomac : La pièce femelle du bouton est mise en place dans l'estomac à cinq centimètres au moins de la ligne d'hémostase sous-muqueuse, et près de la grande courbure. Le bouton est alors serré

à fond, en orientant l'anse jéjunale de telle sorte que l'angle duodéjéjunal soit en arrière et à gauche, et l'anse efférente en avant.

Section de l'estomac, fermeture de la tranche gastrique : L'estomac est coupé au-dessous de la ligne d'hémostase de la sous-muqueuse. Ces ligatures ont rétréci considérablement l'étendue de la tranche gastrique. L'examen du moignon gastrique est fait soigneusement à la recherche d'un ulcère hémorragique que l'examen extérieur de l'estomac n'a pas permis de déceler. La présence d'un tel ulcère peut nécessiter une excision complémentaire, compliquant un peu l'intervention. On suture ensuite le moignon gastrique : muqueuse au catgut, séromuqueuse au lin.

Descente du moignon gastrique au-dessous du méso-colon transverse : Le moignon gastrique est descendu au travers de l'orifice du méso, assez pour que la suture de la tranche soit toute entière au-dessous de la face inférieure du méso. Trois points au lin fixent le moignon gastrique aux bords de l'orifice du méso. On se rend compte que par cette technique la première anse grêle vient sans couture de l'angle duodéno-jéjunal et se dirige en avant ; on la voit se contracter avec vigueur ; des liquides gastriques passent déjà à travers le bouton et remplissent le grêle.

Fermeture pariétale : La paroi est fermée avec des fils métalliques d'appui. C'est une fermeture totale sans drainage.

La durée de l'intervention est très réduite. Le temps nécessaire pour exécuter l'opération est en moyenne de 45 à 55 minutes. Ainsi l'intervention est peu shockante et peut être utilisée même chez des malades qui ont beaucoup saigné avant l'opération. Le plus souvent, des transfusions de sang per et post-opératoires sont à pratiquer.

Les *SUITES* sont généralement remarquables par leur

simplicité. Il n'y a pas d'hématémèses post-opératoires en raison de l'hémostase soignée de la sous muqueuse, et de l'impossibilité de suintement hémorragique au niveau du bouton anastomotique. Les vomissements post-opératoires sont l'exception. Il y a probablement deux raisons à cette absence de vomissements : d'une part le bouton présente un orifice perméable d'emblée pour l'évacuation du moignon gastrique, d'autre part l'intestin qui n'a subi qu'une étroite ouverture à sa convexité garde toute sa contractilité, lui permettant d'évacuer immédiatement les liquides dans les anses sous-jacentes. Aussi les opérés sont autorisés à boire un demi-litre de liquide dès le premier jour, et ensuite un litre par jour dès que les gaz sont apparus.

La fistule duodénale est l'exception.

L'évacuation de l'intestin est à surveiller soigneusement; un lavement évacuateur sera donné le troisième jour pour éliminer le sang contenu dans le gros intestin, sang donnant assez souvent de la température post-opératoire, et une certaine intoxication générale.

L'évacuation du bouton a lieu, en général, entre le douzième et le quinzième jour, plus rarement vers le vingtième seulement. Avec le bouton décrit ci-dessus, il n'y a jamais de rétention du bouton au niveau de l'anastomose gastro-jéjunale, ou de chute de bouton dans l'estomac.

VII

INDICATIONS

Nous n'avons en vue que le traitement des hémorragies abondantes.

Une hémorragie peu importante nécessite seulement une surveillance attentive, un traitement médical symptomatique, l'intervention radicale étant remise à une date ultérieure.

Dès l'arrivée du malade à l'hôpital, il convient d'établir la réalité et l'importance de l'hémorragie puis la cause de l'hémorragie :

1° IMPORTANCE DE L'HÉMORRAGIE. On se base sur l'aspect du sujet, sur sa pâleur, sur la tension artérielle, sur la numération globulaire, sur les renseignements recueillis auprès du malade ou de l'entourage concernant la quantité de sang vomi ou évacué par les selles.

2° CAUSE DE L'HÉMORRAGIE. Quelquefois *l'ulcère est connu* depuis plus ou moins longtemps et on sait par des radiographies faites antérieurement s'il siège sur le duodénum ou la petite courbure.

Plus souvent aucun diagnostic d'ulcère n'a été fait avant l'accident hémorragique. Il convient de rechercher tout ce qui est en faveur de l'ulcère, et essayer d'éliminer la cirrhose, la hernie diaphragmatique, les maladies du sang et même le cancer gastrique qui donne parfois des hématomèses abondantes (Desjacques, Girard-Madoux et Allegre, *Lyon Chirurgical* 1946). On conçoit l'intérêt des examens radiologiques de l'estomac en période d'hémorragie (Delannoy).

En général aucun diagnostic précis ne peut être formulé : ulcère de la petite courbure? Ulcère du duodénum? Gastrite?

Malgré cette incertitude, notre maître M. Desjacques pense qu'il faut en principe intervenir d'urgence pour toute hémorragie gastroduodénale en dehors des cas précités, et pratiquer une gastrectomie d'urgence si le malade est en état de la supporter, même si l'estomac paraît normal à l'ouverture de l'abdomen. Surtout il ne faut pas attendre la répétition des hémorragies pour se décider. L'ulcère de la petite courbure et l'hématémèse sont des indications d'intervenir vite plus formelles encore que l'ulcère du duodénum et le melæna.

1° HÉMORRAGIE IMPORTANTE DATANT DE QUELQUES HEURES
CHEZ UN SUJET DE 20 A 60 ANS EN BON ÉTAT GÉNÉRAL.

Le trop grand nombre de malades appartenant à cette catégorie, mais envoyés tardivement dans le service chirurgical alors que le choc hémorragique avait déjà fait son œuvre en dépit de toute thérapeutique, nous autorise à penser qu'il faut intervenir systématiquement au plus tôt, non seulement dans les cas d'ulcère certain et connu, mais dans tous les cas. En cours de laparotomie on pourra ne rien découvrir de l'examen extérieur de l'estomac. On n'en fera pas moins une gastrectomie de principe qui découvrira la lésion et permettra sa cure chirurgicale. On aura ainsi, avec l'aide du traitement médical pré, per et post opératoire, mis toutes les chances du côté du malade.

Nous avons 14 observations de cette catégorie de malades avec 9 guérisons et 5 décès. (Observations n^{os} 7, 9, 12, 13, 15, 16, 18, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 38).

2° HÉMORRAGIES DATANT DE PLUSIEURS JOURS, LE SUJET
PARAISSENT ALLER MIEUX.

C'est la majeure partie des observations 39 à 50. Dans

ce cas-là on peut s'abstenir en conservant le malade en milieu chirurgical. Souvent le traitement médical tarit l'hémorragie et la question se pose après quelques temps de savoir si l'on intervient ou non. Les risques de récurrence d'une part, la relative bénignité des interventions gastriques à l'heure actuelle d'autre part, feront le plus souvent pencher la décision du côté de l'opération. Néanmoins, dans quelques cas où le diagnostic d'ulcère n'aura pu être prouvé cliniquement, on s'abstiendra totalement.

Nous avons 12 observations de cette catégorie de malades avec 8 guérisons et 4 décès.

3° MALADE TARÉ, OBÈSE.

Ici le pronostic vu sous l'angle médical comme sous l'angle chirurgical est sombre. Nous avons vu plus haut l'exemple frappant de l'observation 23, où le malade était porteur d'une maladie mitrale. Il sera logique, dans la majeure partie des cas de s'en remettre au seul traitement médical, en n'ignorant pas l'irrégularité de ses résultats.

4° HÉMORRAGIE GASTRIQUE DU VIEILLARD.

C'est un point peu classique d'affirmer la fréquence des hémorragies gastriques chez le vieillard : sur les 50 malades considérés, 10 avaient dépassé 60 ans, dont 4 avaient plus de 70 ans ; 6 furent traités précocement, avec une seule guérison.

Nous appuyant de plus sur l'observation suivante, n° 51, B..., il serait logique de croire que le seul traitement médical est à instaurer. Mais si nous reprenons l'observation de Mme J... (citée plus haut au chapitre clinique), nous constaterons que le risque de mort par hémorragie est aussi important chez le vieillard que chez l'adulte.

Que faire donc pour un septuagénaire victime d'une hémorragie gastro-duodénale ?

Quatre solutions s'offrent :

A. — *L'abstention chirurgicale pure et simple* : les résultats sont comme nous l'avons vu plus haut, tour à tour décevants et pleins de promesses, soit que le malade meurt, comme dans l'observation de la page 21, ou que l'hémorragie s'arrête comme ci-dessous :

OBS. 51.

Mme B..., 72 ans, entrée le 5 octobre 1953. Guérison.

Ulcère de la petite courbure avec hémorragies gastriques. Traitement médical.

Malade entrée à la Porte le 3 octobre 1953 au matin pour hématomèse et melæna, qui arrive dans le service le 5 décembre 1953.

Long passé digestif : cette malade souffre depuis l'âge de 35 ans.

Elle ressent, depuis 15 jours, une poussée douloureuse.

Fait une petite hématomèse le 2 au soir suivie d'un melæna de sang rouge avec peu de matières. Peu après survient une hématomèse de sang rouge avec quelques caillots.

A l'entrée : le 3 octobre : Tension artérielle : 10/5.

Perfusion de 500 cc.

Le 5 octobre : Tension artérielle : 14/7.

Examen négatif.

Le 10 octobre : Numération globulaire : 2.620.000 globules
Uurée : 0,85.

Perfusion : 250 cc.

Le 13 novembre : Abondante hématomèse puis melæna.

Perfusion de 400 cc.

Le 19 décembre : La malade va bien, se lève. Reprise de l'alimentation.

Le 25 janvier 1954 : A la radio gastrique on note :

Une grosse déformation de l'estomac qui est plicaturé, attiré vers le haut. Il semble s'agir d'une grosse niche ulcéreuse sous-tubérositaire.

Pas de lésion œsophagienne.

Implantation placentaire.

Le 13 février 1954 : La malade sort du service en bon état général.

B. — *La gastrotomie suivie d'une ligature des vaisseaux in situ* : comme dans l'observation 4. Lorsqu'elle est possible, nous persistons à la considérer comme valable.

C. — *La gastrectomie d'urgence* : si elle est choquante pour les vieillards, elle est radicale, passé la période de choc opératoire. Elle devra donc être réservée aux malades arrivant en bon état général (obs. n° 38).

D. — *Gastrectomie retardée* : bien qu'ayant l'avantage de permettre d'opérer avec de meilleures chances de succès (obs. n° 47), elle reste discutable car le malade peut décéder de son hémorragie à très court terme (obs. J... Marie, page 21).

Ainsi, pour le vieillard, rien n'est résolu ; chaque décision thérapeutique sera prise en fonction de chaque cas particulier considéré, sachant bien que l'hémorragie gastroduodénale du vieillard commande de porter un pronostic plus sombre encore que chez l'adulte.

CONCLUSIONS

I. — En général, une hémorragie gastro-duodénale est provoquée par un ulcère de l'estomac ou du duodénum. Les hémorragies gastro-duodénales abondantes peuvent évoluer favorablement sous l'influence du traitement médical ; mais elles peuvent aussi évoluer vers la mort malgré le traitement médical.

II. — Des malades graves, voués à une mort presque certaine, sont guéris par l'intervention chirurgicale d'urgence, la duodéno-gastrectomie, entreprise avec ou sans diagnostic certain d'ulcère. Lors de l'intervention, l'ulcère responsable est souvent trouvé immédiatement. Mais l'estomac et le duodénum peuvent paraître normaux : il faut alors pratiquer la gastrectomie de principe et l'ulcère est trouvé pendant l'intervention ou sur la pièce de résection.

III. — Le procédé de gastrectomie utilisé a été en général le procédé de Billroth II au bouton de Villard, opération rapide et peu shockante, ayant donné 20 guérisons sur 31 malades en mauvais état, opérés d'urgence ou précocement.

IV. — On interviendra d'urgence pour les malades de 20 à 60 ans, atteints d'hémorragies importantes datant de

quelques heures, et encore en bon état général. On attendra quand l'hémorragie date de plusieurs jours, le sujet paraissant aller mieux ; on attendra chez les malades obèses ou tarés. Chez le vieillard, l'indication opératoire sera en général retardée ou refusée.

Vu :

Le Doyen,
HERMANN.

Vu :

Le Président de la Thèse,
PATEL.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 10 Juin 1954.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. ALLIX.

BIBLIOGRAPHIE

Nous donnons uniquement les références bibliographiques citées dans notre travail. Il ne s'agit pas de la bibliographie complète concernant les grandes hémorragies gastro-duodénales.

AMELINE et GIBERT. — Hémorragies gastro-duodénales graves d'origine ulcéreuse traitées chirurgicalement. (*Presse Médicale*, 1945, t. 2, p. 14.)

BERTRAND et CREYSEL. — (*Traité de thérapeutique chirurgicale*. G. Doin, 1952.)

DARGENT. — A propos des hémorragies gastriques. Indications opératoires d'extrême urgence en face de la fistule artérielle diagnostiquée. (*Lyon Médical*, 1946, t. 51, pp. 385-388.)

DELANNOY. — La radiologie dans le diagnostic des grandes hématoméses. (*La revue du Praticien*, 1952, t. 26, pp. 1.869-1.872.)

— Dépistage des ulcérations plates de l'estomac au cours des hématoméses par l'examen radiographique d'urgence. (*Lyon chirurgical*, 1954, t. 49, n° 2, pp. 237-241.)

DESJACQUES et COLLENET. — Interventions pour grande hémorragie gastrique en période d'hémorragie. (*Lyon Chirurgical*, 1945, t. 40, pp. 628-632.)

DUBOST. — Les grandes hémorragies digestives : conduite à tenir. (*Thèse Paris*, 1950.)

GIGNOUX. — Traitement chirurgical des grandes hémorragies gastriques en période d'hémorragie. (*Thèse, Lyon*, 1945).

HEULLY, LOCHARD, KALK. — Quelques considérations actuelles sur les hémorragies des ulcères gastro-duodénaux. (*Archives des maladies de l'appareil digestif*, année 1951, t. 40, n° 5, pp. 588 à 600.)

- KALK. — Les hémorragies des ulcères gastro-duodénaux. (*Thèse, Nancy, 1950.*)
- LE VEEN, MULDER, PROKOP. — The physiological mechanism for death in massively bleeding. (*Surgery, Gynecology and Obstetrics, 1952, vol. 94, t. 4, pp. 433 à 442.*)
- OGILVIE, CARDOE, BENTLEY. — Treatment of massive bleeding from peptic ulcer. (*British Medical Journal, 1952, t. 4, 779, pp. 304-309.*)
- PAPIN et WILLMOTH. — Le traitement des grandes hémorragies. (*Français de Chirurgie, 42^e session, Paris, 1933.*)
- PATEL et DESJACQUES. — Ulcère de l'estomac avec hémorragie mortelle. (*Lyon Chirurgical, 1933, t. 30, pp. 449-451.*)
- SÉNÈQUE et DUBOST. — Indications chirurgicales dans les grandes hémorragies digestives. (*Réunion Chirurgicale de l'Hôpital Broussais, 19 novembre 1951. Semaine des Hôpitaux de Paris, 1952, t. 59-60, pp. 2.455 à 2.463.*)
- TIXIER et CLAVEL. — Les grandes hémorragies gastro-duodénales. (*Masson, 1933.*)
- ZAMCHECK, CHALMERS, RITVO, OSBORNE. — Early diagnostics in massive gastro-intestinal hemorrhage. (*Journal of the American Medical Association, année 1952, vol. 148, t. 7, pp. 504-507.*)

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS	15
I. — HISTORIQUE	17
II. — ETUDE CLINIQUE	19
III. — OBSERVATIONS	23
IV. — ETUDE ANATOMIQUE DES LÉSIONS	59
V. — RÉSULTATS DU TRAITEMENT	63
VI. — TECHNIQUE DE LA DUODÉNOGASTRECTOMIE	65
VII. — INDICATIONS	71
CONCLUSIONS	77
BIBLIOGRAPHIE	79

— Imprimerie BOSC Frères —
42, Quai Gailleton — LYON



